

EDUARDO DOS SANTOS PAIVA

O TREINAMENTO AMBULATORIAL EM MEDICINA INTERNA

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de mestre. Curso de Pós-Graduação em Medicina Interna - Mestrado, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Acir Rachid

Co-Orientador: Prof. Álvaro Réa Neto

Curitiba

1997

PARA ALBANO

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação de mestrado enfoca a relação mestre-aprendiz, que sempre me fascinou. Devo portanto, agradecer àqueles que me ensinaram e àqueles que agora ensino.

Agradeço ao Dr. Acir Rachid, mestre de todas as artes médicas, meu guia dentro da medicina prestada ao paciente internado e ambulatorial, e que um dia, ao me chamar de “meu amigo”, concedeu-me uma honra inesquecível.

Agradeço ao Dr. Álvaro Réa Neto, sem dúvida alguma a pessoa a quem devo a escolha da Medicina Interna como minha especialidade primeira, que me ensinou a como realmente estudar a medicina e que permanece como inspiração constante.

Agradeço ao Dr. Eduardo Xavier da Silva Sobrinho, que muito dividiu comigo, e que me ensinou que estudar sempre e sempre é o único caminho da boa medicina.

Agradeço aos residentes de Clínica Médica, que inspiraram esta dissertação e que sempre me motivaram a procurar o melhor das minhas capacidades.

Agradeço aos meus pais, Paulo e Mariza, pela maneira como sempre me ensinaram e pelo amor e dedicação em todos os passos da minha vida.

Agradeço a Anna, minha esposa, a pessoa mais importante da minha vida.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iii
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	vii
RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUÇÃO	1
MATERIAL E MÉTODOS	8
1 QUESTIONÁRIO.....	8
2 PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA.....	10
3 REVISÕES.....	12
4 PROPOSTAS.....	14
RESULTADOS	15
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	28
1 CARREIRA APÓS A MEDICINA INTERNA.....	28
2 DIFERENÇAS ENTRE AMBULATÓRIOS E ENFERMARIAS.....	31
2.1 PACIENTES.....	33
2.2 TEMPO.....	34
2.3 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.....	36
2.4 METAS.....	37
2.5 TOMADA DE DECISÕES.....	39
3 HABILIDADES.....	40
4 OPERACIONALIDADE: TEMPO E SUPERVISOR.....	45
5 PERCEPÇÃO DA ATUAÇÃO FUTURA E REPRESENTATIVIDADE DA RESIDÊNCIA.....	47
PROPOSTAS	51
1 CONTEÚDO.....	52
1.1 EXPOSIÇÃO A PROBLEMAS AMBULATORIAIS COMUNS.....	52
1.2 TREINAMENTO EM HABILIDADES BÁSICAS E MANEJO CLÍNICO.....	53
1.3 TREINAMENTO EM GERIATRIA.....	56

1.4 TREINAMENTO EM PROBLEMAS COMUNS FORA DA MEDICINA INTERNA	56
1.5 TREINAMENTO EM MEDICINA DO ADOLESCENTE.....	57
1.6 MEDICINA PREVENTIVA	57
1.7 PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA BÁSICA E CLÍNICA.....	57
1.8 ÉTICA.....	58
1.9 GERENCIAMENTO DA PRÁTICA PRIVADA.....	59
2 ESTRUTURAÇÃO DO AMBULATÓRIO	60
2.1 DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO.....	60
2.2 SELEÇÃO DOS LOCAIS PARA TREINAMENTO	62
2.3 OPERACIONALIZAÇÃO	63
3 PRINCÍPIOS DO ENSINO ADULTO	65
3.1 APRENDER E ENSINAR: DEFINIÇÕES	65
3.2 PRINCÍPIOS DE APRENDIZADO DO ADULTO	66
3.3 DOMÍNIOS DO APRENDIZADO	68
4 HABILIDADES NO ENSINO EM AMBIENTE AMBULATORIAL.....	70
4.1 ESCOLHA DA PREMISSA DO ENSINO	70
4.2 ESCOLHA ENTRE OS TRÊS MODOS FUNDAMENTAIS DE ENSINAR: RELATAR, PERGUNTAR OU MOSTRAR	71
5 ESTRATÉGIAS DE ENSINO NO AMBIENTE AMBULATORIAL.....	78
5.1 DISCUSSÃO DE CASOS.....	78
5.2 REVISÕES DE CASOS.....	78
5.3 OBSERVAÇÃO DIRETA COM A PRESENÇA DO SUPERVISOR NA SALA	79
5.4 USO DE PRONTUÁRIOS	79
5.5 APRESENTAÇÃO DIDÁTICA BREVE	81
6 SITUAÇÕES ESPECIAIS NO RELACIONAMENTO COM OS RESIDENTES.....	82
6.1 SITUAÇÃO NO APRENDIZADO CLÍNICO	84
6.2 SITUAÇÕES RELACIONADAS COM OS PACIENTES	86
6.3 PROBLEMAS NA INTERAÇÃO ORIENTADOR-RESIDENTE.....	88

6.4 PROBLEMAS PESSOAIS	91
7 O SUPERVISOR	96
8 AVALIAÇÃO	99
8.1 AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES	99
8.2 AVALIAÇÃO DOS SUPERVISORES	101
8.3 PROBLEMAS A SEREM EVITADOS NA FASE DE AVALIAÇÃO	101
CONCLUSÃO	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXO 1	115
ANEXO 2	123
ANEXO 3	152
ANEXO 4	153

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tópicos de alta importância dentro do treinamento ambulatorial	18
Tópicos de alta importância dentro do treinamento ambulatorial-diferenças entre R1 e R2 e UFPR/NÃO-UFPR	19
Nível de habilidade pessoal	20
Nível de habilidade pessoal-diferenças entre R1 e R2 e UFPR/NÃO-UFPR ...	21
Formação mínima ideal do supervisor	23
Grau de participação do supervisor	24
Motivos para maior satisfação com o ambulatório do segundo ano	26
Motivos para maior satisfação com o ambulatório da sub-especialidade	27
Problemas menores vistos na prática diária	48
Problemas encontrados com os residentes	83

RESUMO

Este trabalho visa a elaboração de propostas para uma melhor organização do ensino de Medicina Interna a nível ambulatorial. Para tanto, foi aplicado um questionário para os residentes de primeiro e segundo ano do Departamento de Clínica Médica, para a análise da percepção dos mesmos em relação ao ensino ambulatorial. Estes resultados foram analisados e comparados com a literatura. A seguir, foram elaboradas propostas em relação ao conteúdo e a estruturação do ensino ambulatorial, a princípios do ensino de adultos, a técnicas de ensino ambulatorial e de avaliação, à resolução de situações especiais e às características do supervisor. Espera-se que estas propostas auxiliem no desenvolvimento de um programa mais amplo de ensino ambulatorial de Medicina Interna, para suprir as necessidades dos médicos em treinamento.

ABSTRACT

This paper focus on the elaboration of proposals for a better organization of the ambulatorial teaching in Internal Medicine. For this, a survey was done with the first and second-year residents in Internal Medicine, to analyse their perception about their ambulatory learning. These results were analysed and compared with the literature. Next, proposals were elaborated, related to: the content and organization of the ambulatorial teaching, the adult's learning principles, the teaching and evaluation technics, the solving of special situations and the supervisors' characteristics. We hope that these proposals can help in the development of a broader program of ambulatorial teaching of Internal Medicine, to fulfill the needs of the doctors-on-training.

INTRODUÇÃO

Grande parte dos médicos em atividade adquiriram suas habilidades e conhecimentos através do contato com os pacientes das enfermarias dos hospitais de ensino; tradicionalmente, a beira do leito tem sido o lugar chave para o aprendizado do estudante e do residente. Neste ambiente, dispõe-se de tempo suficiente para tomar uma história clínica detalhada, realizar um exame físico completo, formular um diagnóstico diferencial e programar um plano terapêutico. Estes dois últimos são refinados com uma discussão inicial com um treinando de nível superior e posteriormente com uma visita do médico responsável.

Uma parte menor do treinamento, aproximadamente 13% do tempo, (LINK,1984) é realizado nos ambientes ambulatoriais. Nestes, o aprendizado ocorre diretamente após o paciente ter sido visto, simultaneamente com o atendimento. Os problemas mais imediatos são focados, em um período menor de tempo.

Porém, nem sempre este foi o enfoque no ensino médico; a importância do hospital terciário no ensino é mais recente. Uma análise do histórico da educação ambulatorial nos programas de ensino norte-americanos ajuda a situar melhor a condição atual.

Embora mestres como Osler fizessem do ensino à beira de leito o padrão-ouro do ensino médico (PERKOFF, 1986), o treinamento em clínica médica no início do século era baseado no ambulatório.

Tomando-se o programa de residência do *Massachusetts General Hospital* (STOECKLE,1979), um terço do treinamento entre os anos de 1870 e 1940 era focado no ambulatório; este treinamento era maior no primeiro ano e o residente gradualmente ia adquirindo privilégios no hospital e iniciava o atendimento dos

pacientes mais graves. O próprio relatório de Flexner, que influenciou não só o ensino médico nos Estados Unidos (EUA) mas também muito o do restante do ocidente, enfatizava a experiência ambulatorial (STAGNARO-GREEN, 1995).

Já a partir de 1930, o número de generalistas nos EUA começou a declinar, fato este devido basicamente ao crescimento científico da profissão (SAULTZ, 1996). De maneira sábia, a Medicina Interna foi flexível o bastante para adaptar-se à proliferação das sub-especialidades sem ser pulverizada, como aconteceu com a cirurgia; um núcleo de Medicina Interna passou a gerir o andamento de diversas sub-especialidades, que hoje apresentam-se como cardiologia, pneumologia, reumatologia, hematologia, gastroenterologia, nefrologia e endocrinologia. Algumas sub-especialidades como dermatologia e neurologia mantiveram-se mais afastadas, mas sem perder o contato com a Medicina Interna.

Após a Segunda Guerra Mundial, houve uma real explosão no conhecimento científico-tecnológico da medicina; os recursos para a pesquisa em saúde aumentaram tremendamente, e esses recursos forçaram o corpo clínico a se concentrar mais em procedimentos hospitalares e menos em atividades ambulatoriais, tendo o mesmo acontecido com o ensino. Pacientes e médicos começaram a ficar mais no hospital quando, cada vez mais, o risco de infecção e o controle da dor foram otimizados, pela padronização de procedimentos e medicações (FEDERMAN, 1989). O surgimento de cirurgias complexas, antibióticos, quimioterapia e terapia intensiva coronariana criaram um mundo fascinante aonde o cuidado do paciente, a educação médica e a pesquisa clínica puderam crescer simultaneamente.

A maior utilização do hospital como fonte de ensino trouxe várias vantagens do ponto de vista didático. Houve uma maior exposição aos pacientes mais doentes, com concentração destes pacientes com doença mais severa em um tempo conveniente e um agendamento mais coerente do tempo dos professores (SCHROEDER, 1986).

Estes aspectos asseguram que os residentes serão confiantes e competentes em face a doenças catastróficas, promovem uma formação sólida em fisiopatologia e motivam os residentes a prevenir as doenças antes que complicações aconteçam.

A Medicina Interna, com seu treinamento intra-hospitalar, tradicionalmente começou a atrair os melhores estudantes, com as melhores credenciais; estes viam a especialidade como aquela que efetivamente integrava a arte e a ciência da medicina.

Tomando-se novamente o exemplo do *Massachussets General Hospital*, após a Segunda Guerra Mundial o hospital ficou mais importante e visado, e a atividade ambulatorial foi reduzida a uma tarde, em um único dia da semana. Quarenta a sessenta por cento do seu corpo clínico tornou-se sub-especializado. A partir de 1954 o Departamento de Clínica Médica organizou a sua relação com as sub-especialidades (STOECKLE,1979).

Com o tempo, por pressões principalmente de ordem macroeconômica, iniciou-se uma deterioração na qualidade de ensino no hospital, não por diminuição da qualidade de professores ou dos residentes, mas por um crescente distanciamento do treinamento hospitalar da realidade vivida pelos profissionais depois do término da residência. Os pacientes do hospital começaram a representar apenas uma pequena parte das doenças que afetam a população geral, como doenças raras e graves ou manifestações graves de doenças comuns. Como estes pacientes estavam sendo internados, investigados e liberados com uma velocidade crescente, houve basicamente uma diminuição na estadia hospitalar (OSWALD,1989); residentes começaram a ver pacientes mais idosos, muito doentes, com diminuição do tempo de interação com os mesmos e progressiva dificuldade na contemplação plena da história da doença, dos aspectos psico-sociais, da reabilitação, dos efeitos a longo prazo da medicação e do impacto da doença sobre o paciente. O tempo disponível para interação entre ambos ficou ainda mais

reduzido por exames complementares, cirurgias, horas de refeição e sono, visitas e obrigações do próprio residente, como ir à biblioteca, cuidar de outros pacientes e atividades teóricas. Um maior número de internações para procedimentos específicos, tomando do residente o controle do caso e delegando as decisões para o sub-especialista, pioravam a situação.

A situação mais recente é ainda mais deturpada. O hospital é cada vez mais um centro de fisiopatologia aplicada, e menos um lugar aonde o paciente possa repousar, recuperar-se ou até mesmo morrer em paz (FEDERMAN,1989).

Já em 1950, iniciou-se uma reação para uma maior carga ambulatorial na residência, mas que foi gradativamente abandonada (STAGNARO-GREEN,1995).

Finalmente, em 1960, uma comissão governamental identificou a queda do número de generalistas como deletéria à Saúde Pública (SATCHER,1997) e vinculou esta questão ao baixo nível de treinamento ambulatorial. Vários relatórios foram elaborados, mas o de maior impacto foi o relatório de Millis, em 1966, que deu origem ao termo "atenção primária à saúde". O médico de atenção primária teria como atribuições fornecer o primeiro atendimento para pacientes indiferenciados da comunidade, manejando de maneira competente e custo-efetiva mais de 90% das necessidades do paciente, dando continuidade ao tratamento com o passar do tempo, numa variedade de circunstâncias e ambientes e, coordenando o destino do paciente dentro do sistema de saúde.

Em 1972, dois programas de Medicina Interna iniciaram residências em atenção primária: o *Massachussets General Hospital* e a Universidade de Washington (STOECKLE,1979; DALE,1981); nestes programas, 50% do tempo de treinamento são realizados no ambulatório, com ênfase no uso crítico do sistema de saúde. A carga teórica envolve treinamento na parte ambulatorial das sub-especialidades, técnicas de aconselhamento, habilidades de comunicação, psicologia, manejo de doenças crônicas e prevenção, sem deixar de lado o diagnóstico e tratamento formais.

Entre 1977 e 1982, duas outras providências contribuíram para aumentar a exposição ambulatorial: o pré-requisito de treinamento em Medicina Interna para a entrada nas sub-especialidades foi aumentado de dois para três anos, e foi definido que no mínimo 25% do programa das residências em Clínica Médica deveria ser dispendido em atendimento ambulatorial (BLANK, 1993). Estas decisões foram tomadas pelo *Federal Council for Internal Medicine* (FCIM), criado em 1975, composto por diversas lideranças da Medicina Interna nos EUA, como *American Board of Internal Medicine*, *American College of Physicians*, *American Society of Internal Medicine*, *Association of Professors of Medicine*, *Association of Program Directors of Internal Medicine* e *Society of General Internal Medicine*. Desde então, este órgão passou a lançar diretrizes sobre a educação em Medicina Interna. Em 1986, 121 das 127 escolas de medicina dos EUA já cumpriam a exigência de que os estudantes cursassem estágio obrigatório em Atenção Primária à Saúde. Em 1992, 10 anos após a determinação do tempo que deveria ser reservado para o treinamento ambulatorial, o FCIM lançou uma nova diretriz, determinando que 50% dos residentes dos programas de Medicina Interna deveriam permanecer como médicos generalistas (FCIM, 1992). Este se tornou um desafio ainda não conquistado (KINDIG, 1993), mas várias outras metas foram alcançadas. De fato, a partir de 1994 o FCIM e a *State University of New York* lançaram o primeiro programa de residência médica em Medicina Interna com 50% do tempo dedicado às atividades ambulatoriais; a Universidade de Washington completou 20 anos de um quarto ano adicional oferecido ao residente que deseja dedicar-se à atenção primária em áreas rurais (RAMSEY, 1996).

Paralelamente, houve o crescimento da Medicina de Família, que veio preencher o espaço criado pela preocupação da Medicina Interna acadêmica com pesquisa e sub-especialização, com o número de residências subindo de 15 para 300 no final de 1979 (SAULTZ,1996). A Medicina de Família visa também o atendimento primário de crianças, gestantes e saúde da mulher, além de Medicina

Interna Geral. Com sua ênfase no generalismo, a Medicina de Família tem contribuído para a reorganização dos ambulatórios de Medicina Interna, e alguns programas conjuntos têm surgido (KIMBALL, 1995; O'DELL, 1992).

Na Universidade Federal do Paraná, a tradição em ensino ambulatorial é ainda mais recente; as informações são escassas, mas sabe-se que até a criação do Departamento de Clínica Médica, em 1961, o treinamento era essencialmente centrado nas enfermarias, com raras exceções (RACHID, 1992).

Com o Departamento de Clínica Médica, surgiu também o estágio obrigatório dos acadêmicos do sexto ano e estes assumiram o ambulatório do recém construído Hospital de Clínicas, como parte de seu treinamento. Paulatinamente, o departamento foi criando vagas para residentes e estes foram assumindo o atendimento aos pacientes externos.

Há três décadas, reconhece-se o fato de que a maioria dos médicos ocupará seu tempo preferencialmente em ambientes de atendimento ambulatorial (consultórios, ambulatórios públicos e privados e ambulatórios dentro de grandes hospitais), e cada vez menos em enfermarias. A maioria dos pacientes passará sua vida fora dos hospitais; um paciente não precisa estar em cetoacidose diabética para o residente perceber os efeitos da intolerância à glicose e suas complicações. Embora seja essencial que o residente saiba tratar esta e outras emergências, há pelo menos uma forte razão de que ele ou ela deva experimentar o tratamento ambulatorial necessário para o paciente com neuropatia ou nefropatia diabética. O internista deve promover atenção primária de qualidade e ser competente para reconhecer problemas que necessitem de atenção secundária ou terciária.

Os objetivos da educação ambulatorial são: reforço dos princípios da história e do exame físico; elaboração de avaliações custo-efetivas; princípios de aconselhamento; desenvolvimento de uma base de conhecimentos de problemas gerais clínicos, cirúrgicos, psiquiátricos e neurológicos; reconhecimento das ramificações legais, sociais e econômicas de cada caso (HAYASHI, 1989).

O presente trabalho visa demonstrar como o treinamento do residente de Medicina Interna a nível ambulatorial pode ser otimizado; para maior ilustração, um estudo transversal com opiniões dos próprios residentes sobre seu treinamento foi realizado. Espera-se que uma maior percepção das necessidades destes médicos em treinamento possa sensibilizar àqueles que se dispõem a servir de modelo e de orientação para os mesmos. Com este conhecimento somado a habilidades em aplicar os princípios de ensino no aprendiz adulto, o candidato a supervisor poderá contribuir com competência para esta tarefa vital no ensino da Medicina Interna: tornar o residente um bom médico, durante toda sua vida profissional.

MATERIAL E MÉTODOS

1 QUESTIONÁRIO

Um questionário baseado na literatura existente sobre o assunto foi utilizado para a impressão atual dos residentes em Clínica Médica sobre o treinamento em serviço ambulatorial e seu impacto na aquisição de competência em Medicina Interna Geral.

Foram submetidos ao questionário os residentes de primeiro ano (R1), tanto os que entraram para cumprir o programa de dois anos quanto os já comprometidos a iniciar as sub-especialidades de Neurologia e Dermatologia a partir do segundo ano. Dos residentes do segundo ano (R2), somente responderam o questionário os que continuaram no programa de Clínica Médica geral. Nenhum dos residentes de segundo ano estava envolvido com outra sub-especialidade no último trimestre de 1996, época de aplicação do questionário.

Os questionários foram entregues pessoalmente pelo pesquisador, e requeridos após 15 dias. Dúvidas em algum item ou sub-item eram sanadas pelo próprio pesquisador.

Vários foram os aspectos analisados (*vide* Anexo 1), como idade, sexo, estado civil, escolha de sub-especialidades, influência da experiência em ambulatório quando acadêmico na decisão de fazer Clínica Médica como especialidade, importância dos vários níveis de treinamento na residência, qualidade de supervisão, relacionamento médico-paciente, nível de satisfação com o ambulatório e com a qualidade de treinamento, operacionalização do ambulatório, habilidades pessoais a nível de atendimento ambulatorial, entre outros.

Os resultados foram tabulados, fazendo uma separação preferencialmente

em relação a sexo, formação universitária fora ou na UFPR e residentes de primeiro e segundo ano. A avaliação foi feita através de comparação simples, já que os residentes não foram amostrados e sim analisados na sua totalidade (censo simples) (*vide* anexo 2).

2 PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA

Uma apresentação sucinta do programa prático dos dois anos se faz necessária, sendo que todo o programa desenvolve-se no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. No primeiro ano, 24 residentes estão selecionados, sendo 3 deles comprometidos com a Neurologia e um com a Dermatologia. O programa do primeiro ano alterna estágios de duração de um mês de calendário, com um mês sendo gasto nas enfermarias e o outro mês no serviços de pronto atendimento e de emergência. No total, cinco meses são passados nas enfermarias, seis meses no estágio de pronto atendimento/emergência e um mês de férias. Durante 4 dos cinco meses passados nas enfermarias, o R1 é escalado para o ambulatório de Clínica Médica. Este ambulatório é diário, com duração de quatro horas (do meio-dia às 16:00 horas), com quatro residentes no atendimento; cada um atende cerca de oito pacientes neste período. O residente comparece no ambulatório de duas a três vezes por semana, dependendo da sua escala. O supervisor permanece das 12:00 às 15:00, e está a disposição dos residentes para a discussão de casos selecionados pelos mesmos. Na época de aplicação do questionário, o ambulatório dos R1 havia sido recentemente assumido pelo autor, médico com residência de três anos em Clínica Médica.

O espectro de pacientes atendidos pelo ambulatório dos residentes de primeiro ano é amplo, variando desde pacientes com doenças crônicas (hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica) até pacientes com queixas mais agudas (cefaléia, lombalgia, infecção das vias aéreas superiores). O contingente de pacientes com queixas psicossomáticas e psiquiátricas é bastante significativo (observação pessoal).

Os residentes de segundo ano obedecem também a estágios de duração de um mês de calendário, sendo que estes estágios são centrados nas sub-especialidades. Na maioria destes estágios, o residente assume as funções dos

residentes de primeiro ano das sub-especialidades, com todas as responsabilidades inerentes. As sub-especialidades que oferecem estes estágios são: Cardiologia, Pneumologia, Reumatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Unidade de Terapia Intensiva, Serviço de Emergência Central, Dermatologia, Neurologia e Nefrologia. Durante todo o ano, o R2 também está escalado para outras duas funções: plantões de supervisão no pronto atendimento e ambulatório de Clínica Médica.

O ambulatório de Clínica Médica dos residentes do segundo ano funciona de segunda à quinta-feira, e o atendimento fica a cargo de grupos de quatro a cinco residentes; cada um atende cerca de sete a oito pacientes. O espectro de pacientes atendidos é bastante semelhante ao do ambulatório do primeiro ano. Entretanto, diferentemente do ambulatório dos R1, o ambulatório dos R2 é semanal ao invés de “blocos” mensais; o residente comparece em um dia fixo, durante todo o ano. Um supervisor fica disponível durante o tempo do ambulatório, para apresentação de casos selecionados pelos residentes. Na época de aplicação do questionário, o supervisor era o Prof. Dr. Valderílio Feijó de Azevedo, professor assistente de Reumatologia.

3 REVISÕES

Uma revisão baseada em pesquisa direta na documentação do departamento (ofícios, atas de reuniões plenárias, atas de reuniões departamentais e atas de reuniões de câmara departamental) foi realizada, enfatizando os pontos relacionados com o ensino ambulatorial de Medicina Interna na Residência de Clínica Médica.

A disponibilidade de registros da atividade do Departamento de Clínica Médica remontou-se a 1974, tanto em relação às atas das reuniões oficiais, quanto a ofícios e comunicações. As demais informações foram retiradas de um histórico do Departamento organizado em 1992 pelo professor Acir Rachid, por ocasião da comemoração do 75º. aniversário da Universidade Federal do Paraná.

Uma revisão bibliográfica foi realizada, através de banco de dados disponível pela *Internet (MEDLINE)*, abrangendo os anos de 1980 a 1997, incluindo como palavras-chave: **ambulatório X ensino, ambulatório X medicina interna, ambulatório X pesquisa, ambulatório X treinamento, medicina interna X ensino, medicina interna X residência, medicina interna X treinamento**. Todos os tipos de estudos foram incluídos, fossem originais, revisões, comentários ou editoriais. O *Index Medicus* para a América Latina (IMLA) foi revisado com as mesmas características.

Duas bibliografias prévias sobre Medicina Interna foram utilizadas na busca de artigos que poderiam não ter sido incluídos na busca computadorizada. Adicionalmente, as referências inclusas em cada artigo foram comparadas com a lista principal à procura de artigos não cobertos pela busca inicial.

A partir da revisão inicial, foi observado que algumas associações, principalmente norte-americanas, estavam mais envolvidas com o tema; foi então efetuada busca por informações adicionais nos endereços eletrônicos das seguintes entidades: **Association of Program Directors in Internal Medicine; American**

Society of Internal Medicine; American College of Physicians; American Board of Internal Medicine; American Association of Medical Colleges.

4 PROPOSTAS

Após discussão dos resultados e análise da literatura, o autor elabora propostas para a otimização do ensino de Medicina Interna no ambiente ambulatorial.

RESULTADOS

O questionário foi respondido pela totalidade dos residentes de primeiro ano (24 residentes) e de segundo ano (18 residentes) do Departamento de Clínica Médica, e todos foram retornados (100% de aproveitamento). A diferença entre os dois grupos está em que entre os R2 foram somente pesquisados os que permaneceram na residência de clínica médica: dos 23 residentes originais (houve uma vaga não preenchida em 1995) 3 residentes foram para a neurologia, um para a dermatologia e houve um abandono. Um residente do segundo ano não especificou a escola de graduação. Considerando-se os itens e sub-itens de todos os questionários (2814 ao todo) ,15 respostas foram anuladas por estarem em branco ou por mais de uma alternativa ter sido escolhida, representando apenas 0,5% de todos os itens e sub-itens.

Dos residentes de primeiro ano, a média de idade foi de 25,8 anos, sendo 17 do sexo masculino (71%) e 18 formados na UFPR (75%). Os residentes de segundo ano apresentaram uma média de idade de 26,6 anos, sendo 10 do sexo feminino (55,5%) e 13 provenientes da UFPR (76%).

A maioria dos residentes de primeiro e segundo anos assinalaram que são solteiros (83,33%).

Um dos objetivos do questionário foi avaliar o comportamento dos residentes que optavam ou não por uma carreira de médico generalista, cursando os dois anos obrigatórios ou optando pelo terceiro ano opcional em Clínica Médica. Porém, esta análise foi prejudicada pelo fato de que a grande maioria dos residentes optou por tentar alguma sub-especialidade: 91% dos R1 e 94% dos R2 referiram no questionário que tentariam vagas em alguma sub-especialidade. Os residentes que não são formados na UFPR, na sua grande maioria, não tentariam uma carreira generalista. Apenas um R1 relatou o desejo de tentar o ano adicional de Clínica Médica e um R2 afirmou que não iria tentar subespecialidade e sairia da residência no final do segundo ano.

A influência da medicina ambulatorial na escolha da Clínica Médica como residência médica foi significativa em aproximadamente 62% dos residentes, sendo que todos consideraram importante o treinamento em medicina ambulatorial.

O grau de gratificação pessoal em praticar Medicina Interna a nível ambulatorial foi alto para 50% dos residentes e médio para 41%, totalizando um grau de insatisfação de apenas 7%. Solicitados para colocar em ordem de importância os quatro níveis de treinamento na residência de Clínica Médica, os serviços de pronto atendimento/emergência ocuparam o primeiro lugar, seguidos por enfermarias, ambulatórios e atividade teóricas. Não houve diferença entre os dois anos de residência avaliados em relação a este quesito, embora os residentes de segundo ano não formados na UFPR avaliaram melhor o ambulatório, com 75% destes residentes colocando o ambulatório em segundo lugar, contra 15% dos residentes formados na UFPR.

Em relação à qualidade de treinamento ambulatorial, a satisfação foi registrada como alta por 36% dos residentes e médio para 60%. Os sítios de treinamento aonde os residentes registraram maior grau de satisfação foram o pronto atendimento/emergência (63%) e as enfermarias (57%). As atividades teóricas assumiram o quarto lugar após o ambulatório, sendo que somente 26% dos residentes acharam a carga teórica adequada. Os residentes de fora da UFPR tenderam a estar mais gratificados com os sítios de treinamento, especialmente os residentes de segundo ano em relação às atividades teóricas e os residentes dos dois anos em relação ao ambulatório (60% contra 29% dos residentes da UFPR).

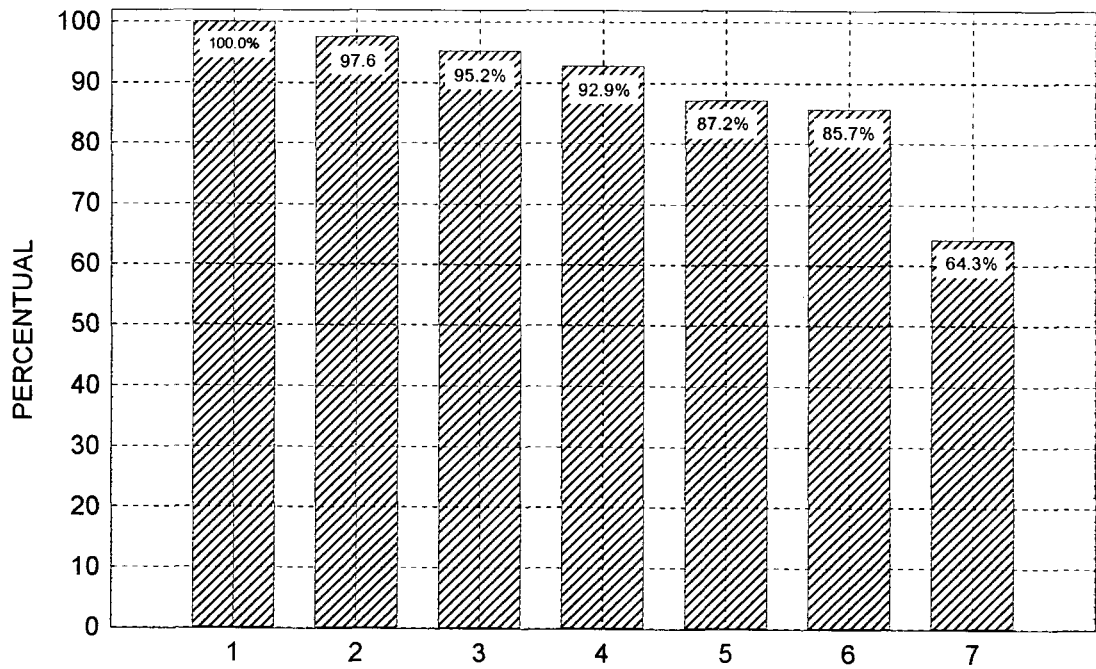
O questionário apontou diversos tópicos dentro do aprendizado em atendimento ambulatorial, para conferir a percepção dos residentes da importância de cada item (figura 1). O desenvolvimento do raciocínio clínico e do relacionamento médico-paciente foram os itens mais citados, sendo considerados importantes por 100% dos residentes; seguiram-se os problemas relacionados à prevenção e profilaxia (95%), à resolução do problema atual (93%), tratamento participativo

(87%), análise de aspectos psico-sociais (86%) e desenvolvimento de pesquisa no ambulatório (64%). Os residentes do primeiro ano valorizaram mais os aspectos psico-sociais do que os R2 (92% *versus* 78%); em contraste, mais residentes de primeiro ano consideraram o tratamento participativo não importante (18%), contra 6% dos residentes de segundo ano. A produção científica foi vista como importante pelos formandos externos à UFPR (90%), com maior ênfase em comparação com os da UFPR (58%)(figura 2). Em consideração aonde, dentro da residência de Clínica Médica, existe um maior treinamento em relação médico-paciente, o principal local apontado foi a enfermaria (62,5%), seguida pelo ambulatório (30%), pronto atendimento (2,5%) e atividades teóricas (2,5%)

Os residentes consideraram de média dificuldade a aplicação dos conhecimentos teóricos de clínica médica a nível ambulatorial (76%), sem diferença apreciável entre os residentes de primeiro e segundo ano e entre os formados dentro e fora da UFPR. Setenta e um por cento dos residentes foram favoráveis ao emprego de protocolos pré-estabelecidos no tratamento de pacientes ambulatoriais, sendo que os R2 foram mais adeptos desta abordagem do que os R1(83% *versus* 62,5%).

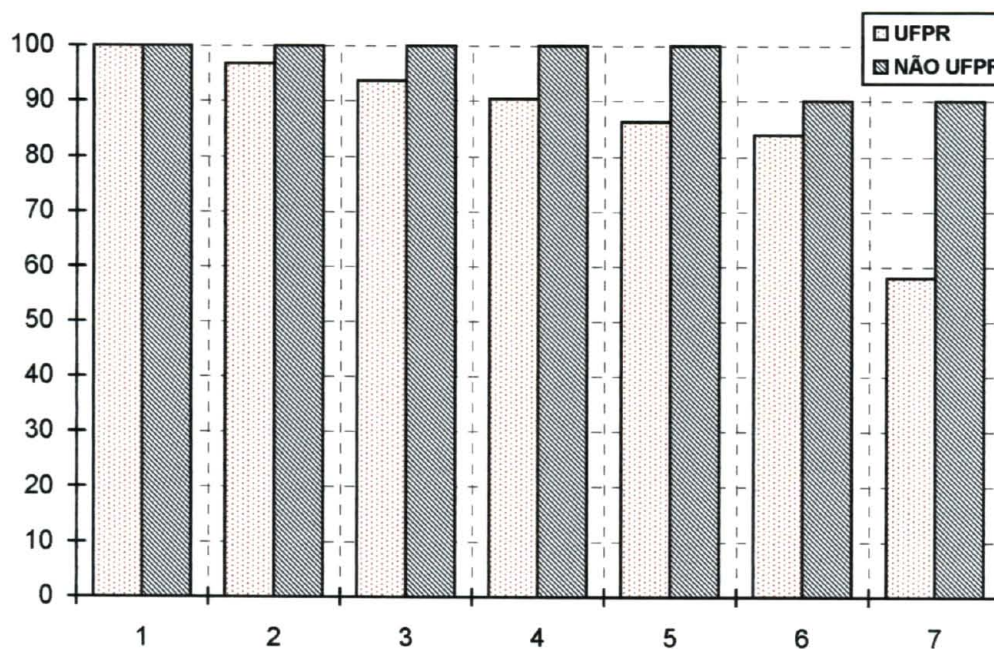
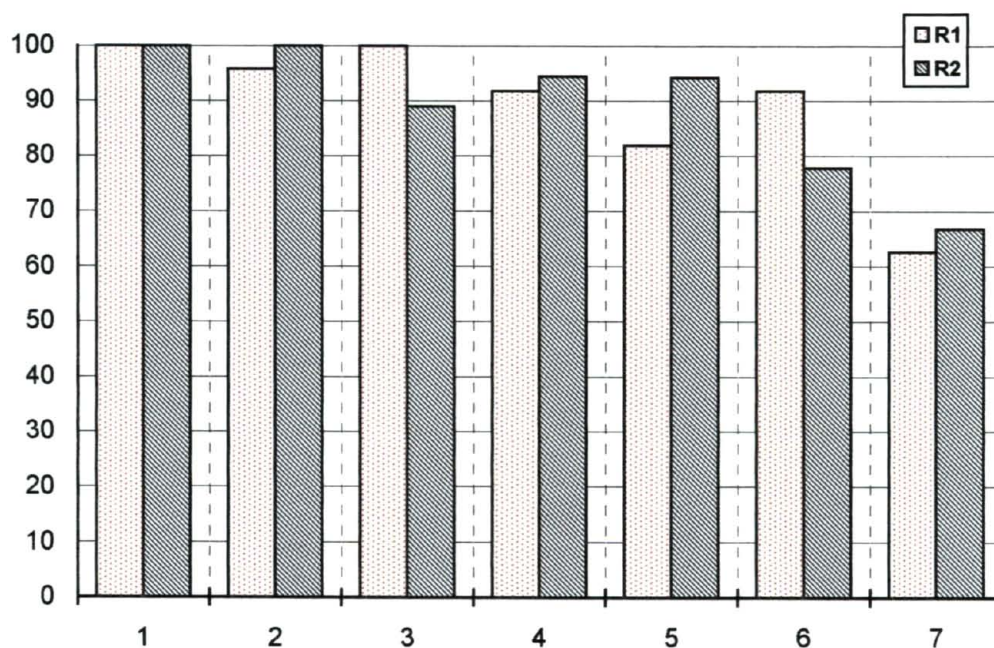
Cada residente fez uma análise subjetiva do seu nível de habilidade pessoal em cumprir diversas tarefas no atendimento ambulatorial (figura 3). Chamaram a atenção o alto nível de insegurança em vacinação de adultos (24% com habilidade), no conhecimento de nomes comerciais de medicações (43% se sentem inábeis) e em acessar o consumo de drogas (41% se sentem inábeis). Os residentes de segundo ano mostraram maior habilidade apenas na abordagem de aspectos psico-sociais e no conhecimento do nome comercial de medicações (figura 4).

Figura 1: Tópicos de alta importância dentro do treinamento ambulatorial:



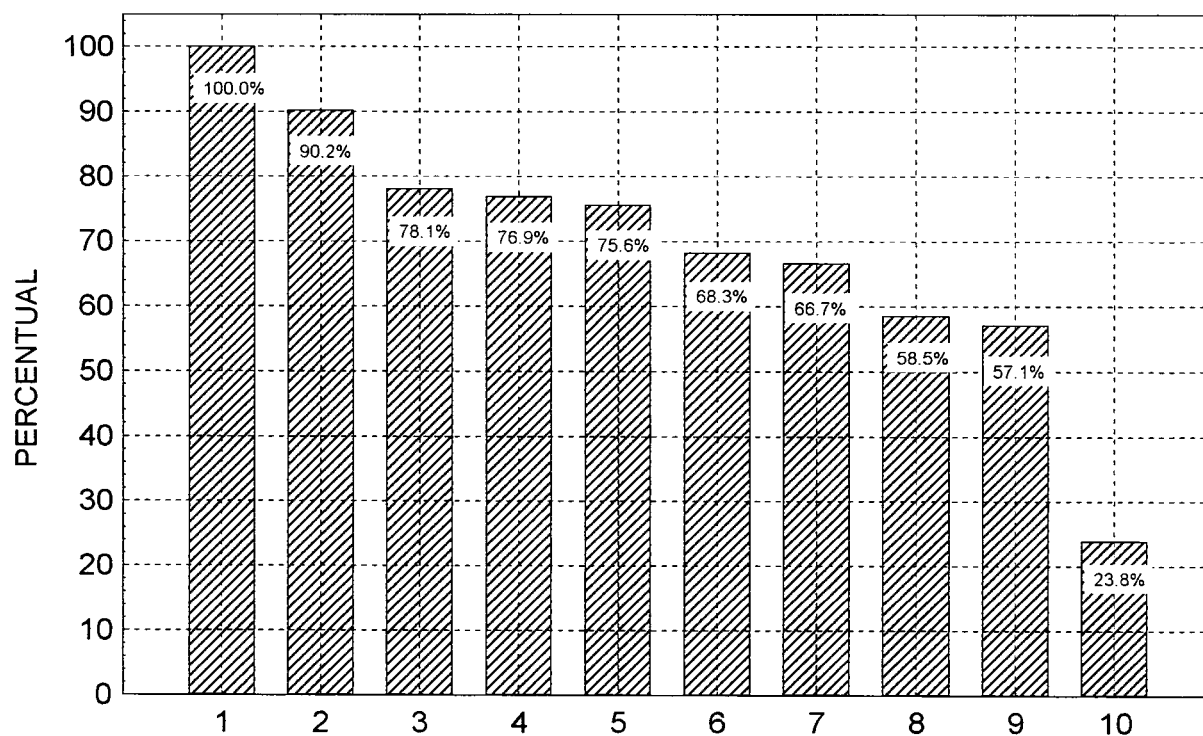
LEGENDA:

- 1- Desenvolvimento do raciocínio clínico
- 2- Relação médico-paciente
- 3- Exploração de aspectos preventivos e de proflaxia
- 4- Solução do problema atual
- 5- Treinamento em tratamento participativo
- 6- Exploração de aspectos psico-sociais
- 7- Desenvolvimento de pesquisa

Figura 2: Tópicos de alta importância no treinamento ambulatorial**LEGENDA:**

- 1- Desenvolvimento de raciocínio clínico
- 2- Relação médico-paciente
- 3- Exploração de aspectos preventivos e de profilaxia
- 4- Solução do problema atual
- 5- Treinamento em tratamento participativo
- 6- Exploração de aspectos psico-sociais
- 7- Produção científica

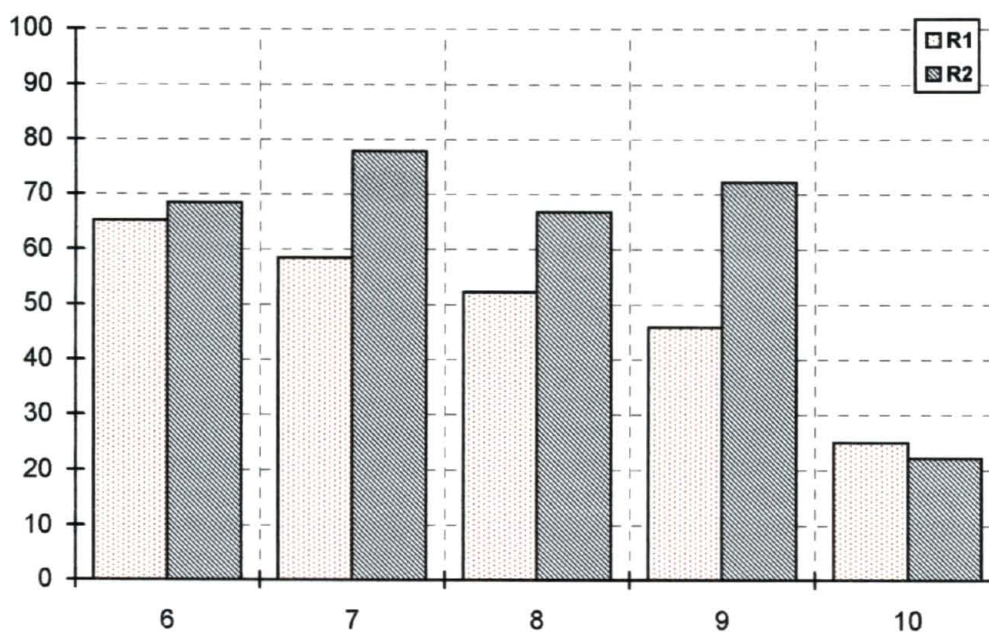
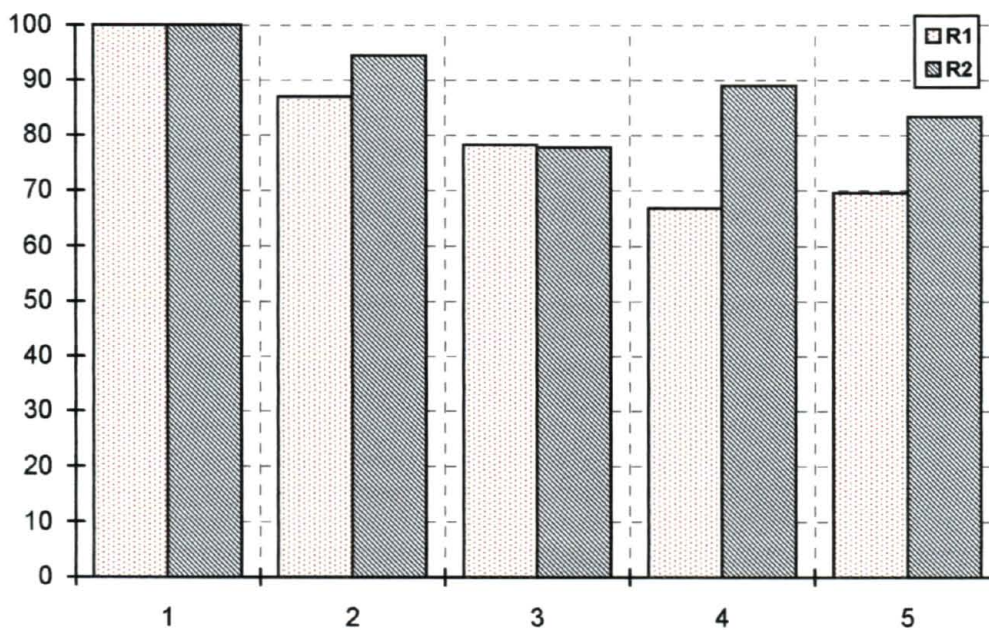
Figura 3: Nível de habilidade pessoal (grande + média habilidade):



LEGENDA:

- 1- Exames de rotina
- 2- Tabagismo
- 3- Fatores de risco para SIDA
- 4- Tratamento participativo
- 5- Uso de álcool
- 6- Prevenção de neoplasias
- 7- Questões psico-sociais
- 8- Uso de drogas
- 9- Nomes comerciais de medicações
- 10- Vacinas para adultos

Figura 4: Nível de habilidade pessoal (alta + média habilidade)



LEGENDA:

- 1 - Exames de rotina
- 2 - Tabagismo
- 3 - Fatores de risco para SIDA
- 4 - Tratamento participativo
- 5 - Uso de álcool
- 6 - Prevenção de neoplasias
- 7 - Questões psico-sociais
- 8 - Uso de drogas
- 9 - Nomes comerciais de medicações
- 10 - Vacinas para adultos

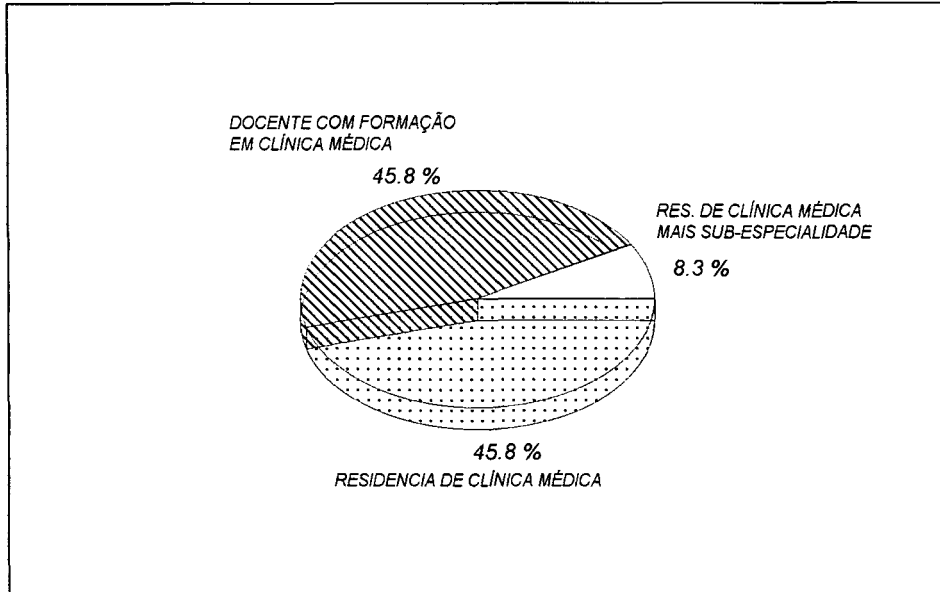
A maioria (71,43%) dos residentes indicou que um tempo de vinte a cinquenta minutos deveria ser reservado para cada paciente no ambulatório. Uma maior proporção de residentes de primeiro ano achou que um tempo menor de 20 minutos deveria ser utilizado em cada consulta (33%), na sua maioria formados na UFPR.

Para a formação mínima ideal de um supervisor de ambulatório em Clínica Médica, 95% dos residentes acharam que um pré-requisito mínimo seria a residência em Medicina Interna, sendo que apenas 5% acharam necessária uma formação em sub-especialidade. Aproximadamente metade dos residentes relataram que o supervisor deve ser docente, sendo que os residentes de segundo ano sugeriram mais esta possibilidade (figura 5). A participação deste supervisor deve ser intensa na opinião dos residentes, sendo que este teria que estar disponível para discutir os casos selecionados pelos residentes (55%) ou todos os casos (36%) (figura 6).

Uma das questões acessou a percepção do residente em relação ao grau de representatividade de vários aspectos da residência em relação à prática diária de um clínico geral. Esta questão visava verificar se o residente conseguiria identificar diferenças entre o ambiente da residência médica e o do mercado de trabalho. A maioria dos residentes percebeu como alta a representatividade do programa de residência médica em relação ao tipo da população atendida (64%), ao tipo de patologias atendidas (68%) e às possibilidades e recursos terapêuticos (62%). O tempo proporcionalmente gasto com pacientes ambulatoriais e internados e as possibilidades diagnósticas foram consideradas de baixa representatividade na residência (39% e 48%, respectivamente).

Figura 5: Formação mínima ideal do supervisor:

R1



R2

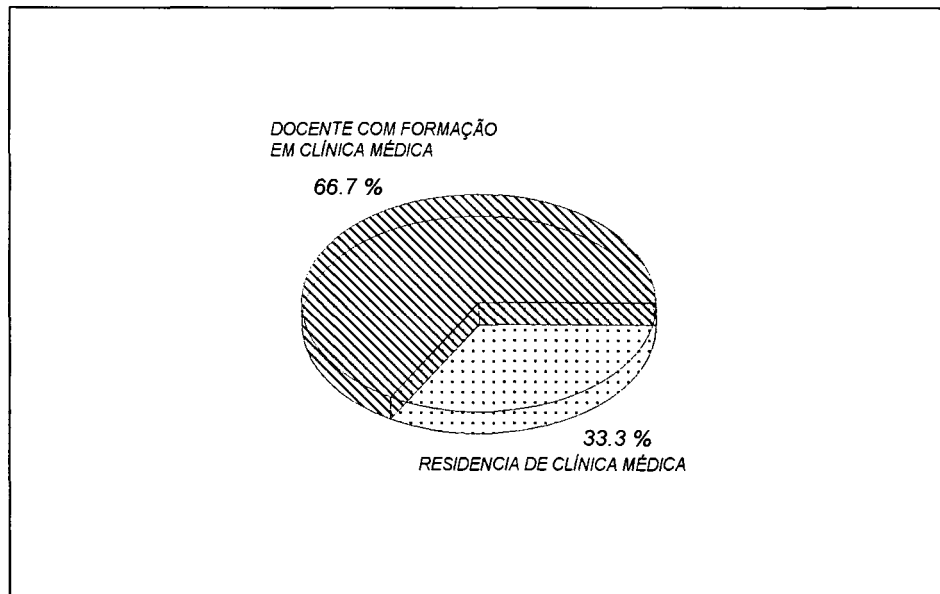
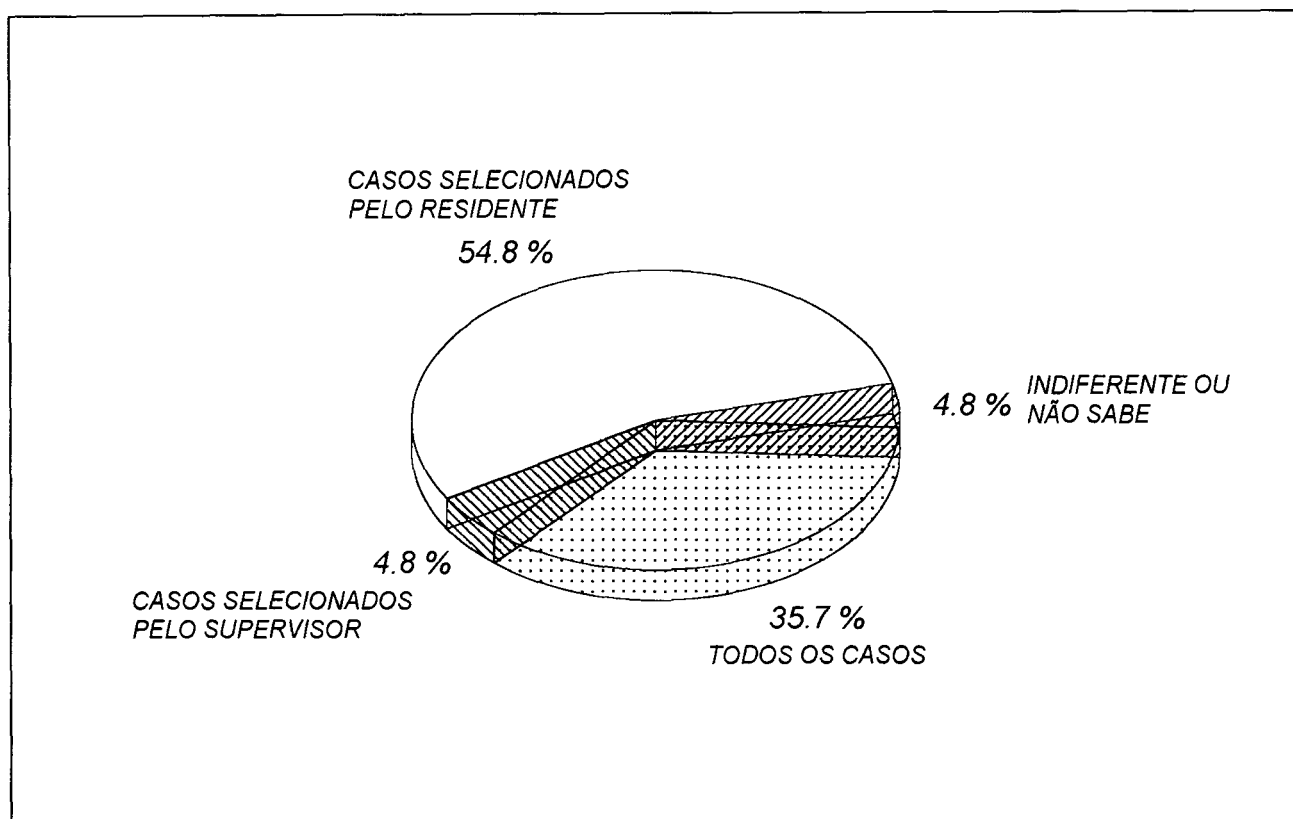


Figura 6: Grau de participação do supervisor:

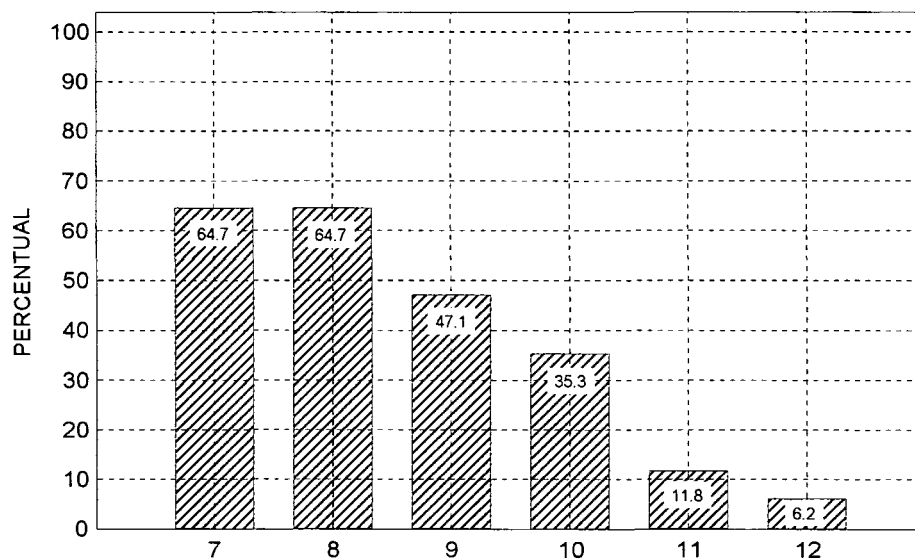
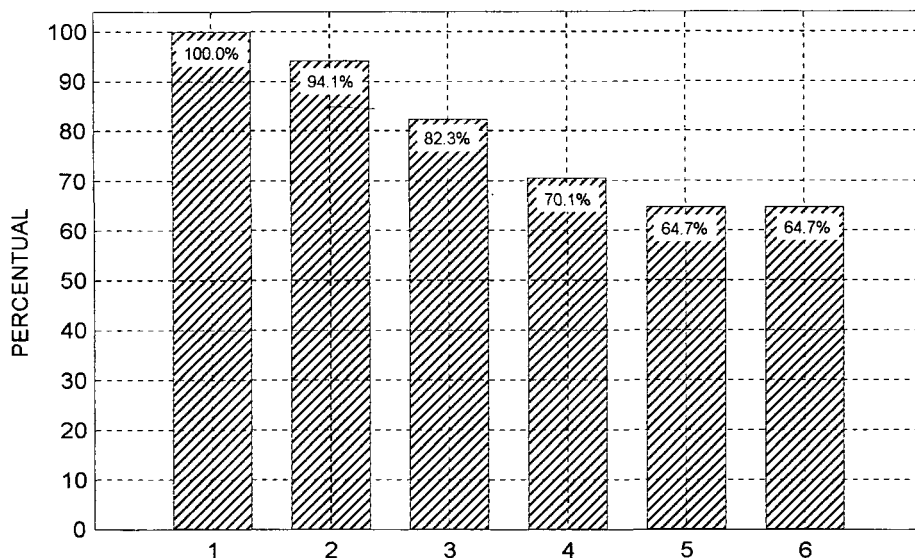


Duas perguntas foram específicas para os residentes de segundo ano, para aproveitar a vivência dos mesmos em dois tipos de ambulatório de Clínica Médica e nos ambulatórios de sub-especialidades. Perguntados se o aproveitamento foi maior no ambulatório de Clínica Médica do segundo ano em comparação com o do primeiro, 94% dos residentes responderam afirmativamente.

Dentro dos diversos motivos assinalados (figura 7) destacaram-se um maior conhecimento teórico por parte do residente (100%), maior segurança na história clínica e no exame físico (94%), o fato de o ambulatório ser semanal ao invés de blocos mensais (82%), com decorrente maior probabilidade de rever pacientes (71%). Outros aspectos mais citados são um melhor entrosamento com o supervisor, uma melhor relação médico-paciente e uma maior habilidade em abordar aspectos psico-sociais (65% dos residentes assinalaram estes três itens).

Solicitados para comparar o grau de satisfação entre os ambulatórios de sub-especialidades e os ambulatórios de Clínica Médica, 83% dos R2 responderam que se sentiram mais satisfeitos com os ambulatórios das sub-especialidades. Um menor número de pacientes e a atenção dirigida a um órgão ou sistema foram os motivos mais assinalados (67% para os dois motivos) (figura 8) .

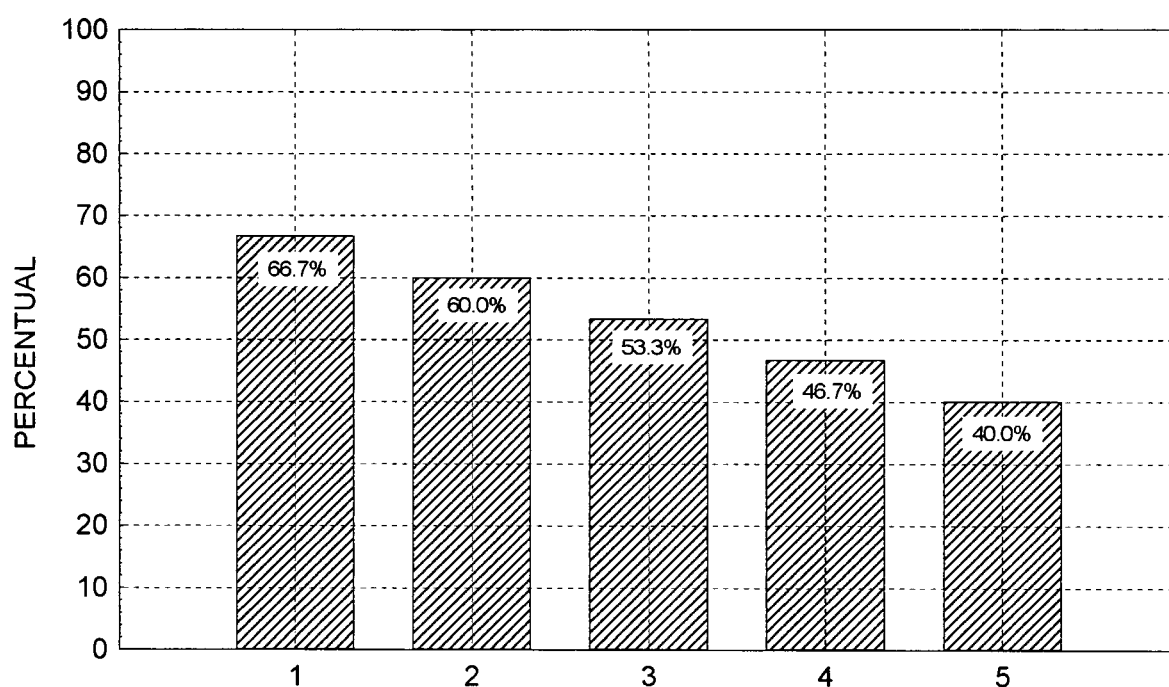
Figura 7: Motivos para maior satisfação com o ambulatório de segundo ano:



Legenda:

- 1- Maior conhecimento teórico por parte do residente
- 2- Maior segurança na história clínica e no exame físico
- 3- O fato do ambulatório ser semanal ao invés de "blocos" mensais
- 4- Maior possibilidade de rever pacientes
- 5- Maior habilidade em acessar questões psico-sociais
- 6- Maior habilidade em acessar aspectos preventivos e de profilaxia
- 7- Melhor grau de interação com o supervisor
- 8- Melhor relação médico-paciente
- 9- Menor número de pacientes
- 10- Maior responsabilidade para com o paciente
- 11- Melhor população de pacientes
- 12- Melhor supervisão

Figura 8: Motivos para maior satisfação com o ambulatório da sub-especialidade:



LEGENDA

- 1- Atenção dirigida a um órgão ou sistema
- 2- Menor população de pacientes
- 3- Melhor preparo dos supervisores
- 4- Interesse pessoal pela sub-especialidade
- 5- Uso de protocolos pré-estabelecidos

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 CARREIRA APÓS A MEDICINA INTERNA

Embora o foco desta dissertação seja o ensino ambulatorial, torna-se importante analisar o fato de que a maioria dos residentes de primeiro e segundo anos não escolheram a Medicina Interna geral como especialidade; esta constatação não chega a ser diferente da tendência de outros centros mas como nesses locais, foge da necessidade atual em termos de população de médicos para a saúde pública (FALLON, 1992) .

A escolha ou uma intenção de escolha pelos residentes de uma carreira em uma sub-especialidade pode ser influenciada por diversas experiências vividas durante a graduação ou nas fases iniciais da residência e por expectativas para a vida profissional futura. Entre os residentes que escolhem uma sub-especialidade sem foco em atenção primária, os fatores mais influentes na escolha estão relacionados com a oportunidade de realizar procedimentos, maior renda anual, estilo de vida mais confortável, maior enfoque em pesquisa e menor percepção da necessidade social. A opção por atenção primária sofre influência já no curso de Medicina, com exposição à atividade ambulatorial e a supervisores envolvidos com generalismo (ANDERSON, 1995). Além disso, o residente que escolhe uma carreira de atenção primária visa maiores oportunidades de emprego, atuação em áreas menos favorecidas, menor expectativa de renda, maior prática em grupos, ampla base de conhecimentos teóricos, menor interesse em procedimentos e maior atuação em áreas que não envolvam pesquisa. (ELLSBURY, 1996; QUIRK, 1985; BLAND, 1995).

Não que os sub-especialistas deixem de atender atenção primária ou mesmo a tenham em menor conta. De fato, os sub-especialistas concordam que

alguns atributos muito próprios da atenção primária, como continuidade do atendimento, coordenação do uso de recursos e acessibilidade rápida ao provedor de serviços são fundamentais para um bom andamento de suas atividades. Se é verdade que o generalista deve aprender a distinguir doenças auto-limitadas de doenças mais sérias e fazer uso racional dos recursos diagnósticos e terapêuticos, também o cardiologista deve saber avaliar a dor torácica não coronariana, o neurocirurgião deve ver o paciente com cefaléia e alterações visuais que não sejam cirúrgicas e assim por diante. Apesar disso, reconhece-se que os sub-especialistas se sentem menos realizados profissionalmente no ambiente ambulatorial (EARP, 1984). De fato, não se deve assumir que apesar de determinado médico ser um bom especialista em sua área, este permanecerá sendo um generalista satisfatório (SOX, 1994).

Outros dos principais motivos que levam o residente a escolher uma sub-especialidade e evitar a medicina interna geral consiste em uma tentativa de limitar a área de dedicação de estudo. O acadêmico e o residente fascinam-se com a imagem do “super-especialista”, com conhecimento aprofundado em um sistema ou órgão específicos e sentem que este conhecimento pode ser obtido mais facilmente do que a tarefa de saber “tudo de tudo” ou “um pouco de tudo”, como faz supostamente o generalista.

Um aspecto interessante e contraditório demonstrado no estudo consiste na evidência de que apenas uma parcela dos residentes que escolheriam uma sub-especialidade (64%), relatou que a produção científica deve ser desenvolvida a nível ambulatorial e mais de um terço dos residentes (36%) não demonstraram interesse em atividade acadêmica. Como os cursos de especialização na maioria das escolas enfatizam a aquisição de novos conhecimentos através da pesquisa, esta incongruência poderia ser explicada de duas maneiras. Primeiramente, os residentes buscariam na sub-especialidade apenas uma formação para maior chance de sucesso profissional. No Brasil, não se pode subestimar o maior

reconhecimento social das sub-especialidades pelos pacientes e até mesmo por pais e parentes de residentes, que parecem ter dificuldade de compreender o fato de como um médico pode fazer dois a três anos de residência e no final deste período continuar sendo um “clínico geral”. Neste ponto, a maior apreciação do generalista pela população geral tem sido enfatizada pelas associações de classe, em especial a Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SANTOS, 1996). A segunda explicação indicaria a vinculação da resposta somente em relação ao ambulatório de Clínica Médica, de certa maneira encarando este local como pouco propício para o desenvolvimento científico.

2 DIFERENÇAS ENTRE AMBULATÓRIOS E ENFERMARIAS

Na análise dos resultados verificou-se que, embora todos os residentes consideraram importante o treinamento em medicina ambulatorial e que o seu grau de insatisfação em praticar este tipo de medicina seja baixo, o treinamento ambulatorial foi considerado o terceiro mais importante da residência em Clínica Médica, após os serviços de pronto atendimento/emergência e enfermarias. Os residentes subvalorizam o ambulatório por vários motivos. Se estão muito envolvidos com pacientes das enfermarias, acham difícil trocar de atitudes rapidamente, para suprir a necessidade do paciente ambulatorial; a concentração é difícil, especialmente nos novos pacientes com múltiplos problemas (SCHATZ,1985). As doenças ambulatoriais são mais comuns, sem o *glamour* das doenças raras da enfermaria (KROENKE, 1986); são problemas mais benignos, de origens mais incertas, comumente funcionais; variáveis com as quais o residente ainda não está habituado a lidar. O contato é breve, o tempo é curto; o médico perde o controle terapêutico para o doente e a não aderência torna-se um problema. Todas estas dificuldades colaboram para um aumento do cinismo e de atitudes negativas que os estudantes desenvolvem quanto aos aspectos sociais e emocionais dos pacientes (HARRIS, 1985). Uma reação típica ao estresse da residência é a tendência em estreitar os horizontes; os residentes ficam encantados com a tecnologia terciária e descontentes com o atendimento ambulatorial (há uma sensação de perda de tempo nos ambulatórios). Sentem-se amargos pelas necessidades dos doentes e acham difícil serem simpáticos e suportivos com pacientes hígidos (dificuldade de reassegurar) e gostam ainda menos de fazê-los sentir-se bem. O residente exausto se torna mais interessado no paciente que pode ser melhorado rapidamente do que no paciente que se apresenta com mais incertezas do que ele pode manejar. Raramente o desafio de problemas comuns é apreciado, como citou o prêmio Nobel Peter Medewar "...o que é tão errado aqui é a crença quase universalmente aceita

de que as doenças clinicamente leves possuem causas simples enquanto doenças graves são muito mais complexas e proporcionalmente mais difíceis de terem causas ou curas...” (EISENBERG, 1985).

Por sua vez, o alto grau de satisfação com o treinamento em enfermarias e na emergência reside no fato de que o treinamento como diagnosticador, as habilidades detetivescas, a qualidade de obtenção de uma história e exame físico completos são muito valorizados nestes locais; estes fatores são ainda grandes atrativos para o estudante que decide fazer Medicina Interna, e os residentes gostam de ver suas expectativas realizadas (McCUE, 1981).

O achado de que os residentes de fora do Hospital de Clínicas (HC) se sentiram mais satisfeitos com os locais de treinamento em medicina ambulatorial pode ser considerado um vício, pois vários informam que suas escolas oferecem muito pouca exposição ao ensino ambulatorial durante a graduação; habitualmente os residentes formados fora do HC procuram as sub-especialidades e consideram a residência em Clínica Médica do HC de qualidade superior àquelas disponíveis nas escolas de origem. A influência positiva que a exposição à medicina ambulatorial trouxe para a escolha da Clínica Médica como residência médica é bem descrita na literatura (ELLSBURY, 1996; BLAND, 1995; RUBENSTEIN, 1992), assim como o fato de que uma boa experiência com medicina ambulatorial durante a residência influencia os planos de carreira futura (MITCHELL, 1985).

Em outro grupo de residentes, o ambulatório foi o segundo mais gratificante, o quarto mais satisfatório em experiência educacional e terceiro na relação médico-paciente (BROOK, 1987).

Os residentes, especialmente na fase inicial de sua especialização, ficam muito pouco à vontade e agem de maneira ineficaz quando estão realizando um atendimento ambulatorial. Isto se deve à dificuldade em reconhecer as diferenças entre o ambulatório e a enfermaria. Estas diferenças envolvem o paciente, a distribuição do tempo, a relação médico-paciente, os objetivos do tratamento e a responsabilidade no controle do tratamento.

2.1 PACIENTES

O paciente é admitido ao hospital habitualmente quando possui uma disfunção orgânica que tem o potencial de ameaçar a vida ou causar seqüelas importantes. No ambiente ambulatorial entretanto, a maioria dos pacientes não preenche estes critérios. Mais da metade dos pacientes ambulatoriais não apresenta uma doença que seja responsável por todos os sintomas e podem procurar o médico pelos motivos mais variados, como solidão, pobreza, pensamentos ou medos insistentes, manifestações psicossomáticas, necessidade de informações e avaliação da capacidade laborativa, entre outros (MORGAN, 1986) . A identificação exata do problema nestes pacientes pode ser difícil, se este ou o médico forem incapazes de identificar uma origem psico-social do desconforto.

Mesmo se o paciente está desconfiado de que sua doença possa ter origem "supra-tentorial", as expectativas do médico e pressões sociais podem levar à atribuição dos sintomas à alguma disfunção orgânica. Problemas surgem quando o médico, falhando em reconhecer que o paciente não é portador de doença orgânica, persiste em procurá-la, levando a excesso de despesas, insatisfação, sintomas crescentes e finalmente, doença iatrogênica. Para o médico, o desfecho geralmente consiste em raiva e frustração. Não surpreendentemente, em 25% das consultas clínicas existe uma discordância total entre médico e paciente, e em 50%, uma discordância pelo menos parcial (LINK, 1984).

O médico treinado em enfermarias é exposto a fases avançadas das doenças, e deste modo, pode ter dificuldades em reconhecer alterações precoces ou sutis dos mesmos problemas no ambulatório. O residente pode deixar passar um diagnóstico de insuficiência cardíaca no paciente ambulatorial, se não levar em consideração um edema leve dos pés no final do dia ou uma tosse não produtiva durante a noite; o paciente com hipotireoidismo pode se apresentar com artralguas, sem os sintomas e sinais clássicos e o paciente alcoólatra pode apresentar insônia ou perda de peso.

No ambulatório, embora a sensibilidade de um teste diagnóstico não seja diminuída pela apresentação inicial ou discreta da doença, a sua habilidade em prever a ausência ou presença desta está diminuída se a sua prevalência for baixa na população ambulatorial, como comumente acontece. Desta maneira, o médico deve perceber que mesmo se a suspeita de uma apresentação inicial ou atípica da doença exista, os métodos diagnósticos convencionais podem ser enganadores e um período de observação cuidadosa pode ser mais útil do que uma avaliação diagnóstica agressiva.

Outra situação que se apresenta no ambulatório são os achados laboratoriais anormais; uma avaliação destes baseado na experiência de enfermagem pode ser inadequada no paciente ambulatorial. Por exemplo, hipercalcemia no paciente internado geralmente se deve à malignidade. No paciente assintomático no consultório, raramente este é o motivo. A nível ambulatorial, o médico deve abordar estes pacientes com muita cautela e, ocasionalmente, “racionalmente desconsiderar” o exame.

Condições diversas que confrontam o médico no ambulatório, como hiperuricemia assintomática, bacteriúria assintomática, bócio atóxico, hiperparatireoidismo leve e claudicação intermitente não debilitante, trazem uma necessidade não de tratamento, mas apenas de reassuramento, atitude que acompanha a maioria das consultas e que o residente deve aprender precocemente.

2.2 TEMPO

O tempo dedicado ao ambulatório durante a residência de Medicina Interna, está muito aquém da meta de 25% proposta pela literatura. Nos EUA, aproximadamente 20% do tempo dos R1 são dedicados a atividades externas, com metade deste tempo sendo utilizado no ambulatório. Durante o segundo ano, este

tempo chega no máximo a 30% do total (ANDERSEN, 1992). Na UFPR, apenas 3,5% do tempo é dedicado ao ambulatório no primeiro ano, e 6,5% no segundo ano, se não forem contados os ambulatórios de sub-especialidades (GASPERIN, 1995).

A disponibilidade de tempo na enfermaria e no ambulatório difere de maneira radical. O médico internista pode dispor de quanto tempo for necessário, porém a duração total do contato com o paciente está limitado a dias ou no máximo a semanas. No ambulatório, o tempo reservado para cada paciente é extremamente limitado, mas pode ser estendido por um período de meses ou anos. Estas diferenças requerem estratégias diferentes na tomada de dados, na avaliação diagnóstica e no planejamento do tratamento.

A prática médica padrão na enfermaria consiste em que o médico junte uma base de dados completa, incluindo uma história detalhada e uma lista de exames laboratoriais. No ambulatório, este tipo de abordagem pode ser bastante insatisfatória, e o médico deve decidir o que fazer com os preciosos minutos disponíveis. Se sistematicamente este optar por examinar de maneira ritualística todos os pacientes ou concentrar-se em uma enorme lista de exames ao invés de reforçar a aliança terapêutica ouvindo o paciente, pode haver um sacrifício da eficácia clínica por um ideal não realista de ser sempre completo.

Na enfermaria, um diagnóstico geralmente é esperado dentro de minutos a horas depois do encontro com o paciente. No ambulatório, isto muitas vezes não é possível ou necessário; o médico tem a oportunidade de observar o doente por semanas ou meses. De maneira similar, a avaliação de múltiplos problemas pode ser feita de maneira seqüencial, ao invés de simultânea. A nível ambulatorial, uma investigação ampla pode levar à preocupação excessiva pelo paciente e problemas logísticos sérios (deslocamento para múltiplos locais de exame, por exemplo).

Um tratamento agressivo no paciente hospitalizado é desejável, especialmente se a doença é aguda e severa e as respostas ao tratamento podem ser observadas de maneira contínua. No ambulatório, deve-se resistir à tentação de soluções imediatas em todos os pacientes. Aguardar o início da terapêutica pode

ser uma tática mais eficiente por vários motivos, incluindo a necessidade de coletar mais dados e de observar o curso da doença.

2.3 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Há importantes diferenças nos relacionamentos entre médicos e pacientes no hospital e no ambulatório.

No hospital, fatores relacionados ao paciente, fatores ambientais e fatores do médico favorecem uma relação passiva e traçam uma demarcação clara de papéis. Os fatores relacionados com o paciente incluem fraqueza física e impedimento mental, dependência de vias venosas, oxigênio, monitores e dissociação de suporte social e psicológico. O ambiente inclui o horário rígido das refeições e das atividades, a dispersão da responsabilidade e a perda de privacidade. Os fatores derivados do médico incluem seu papel autoritário na hierarquia do hospital, seu papel tradicional como “curador” e novas tecnologias que são dominadas somente pelo profissional. Este cenário serve para o médico impor suas decisões, sendo que os desejos e as respostas comportamentais do paciente podem ser ignoradas sem interrupção do tratamento proposto.

No ambulatório a relação é marcada por um desvio do poder do médico para o paciente, com este tornando-se o principal tomador de decisões. A falha do médico em reconhecer este fato habitualmente leva às altas taxas de falha no tratamento de condições crônicas, como o diabetes e a hipertensão arterial. A comunicação efetiva é um pré-requisito para afetar o comportamento dos pacientes; é necessário encorajar questionamentos e lembrar que os pacientes vêm à consulta com valores, idéias, crenças e expectativas próprias, diferentes dos pertencentes ao médico e que irão alterar a maneira pela qual as intenções do médico serão compreendidas.

Uma questão-chave relaciona-se à quantidade de envolvimento do médico nas tentativas de mudar o comportamento dos pacientes na clínica diária. Se a opção consiste em oferecer conselhos de uma maneira neutra, evita-se o custo do envolvimento pessoal, mas perde-se uma oportunidade terapêutica. Se por outro lado o médico eleva seus esforços sobremaneira, uma falha terapêutica pode ser percebida como uma derrota pessoal. O grau de envolvimento pessoal é determinado pelos pacientes, envolvendo desejos pessoais, capacidade cognitiva, estado emocional, severidade da doença, eficácia da terapêutica proposta e aspectos legais.

A conduta do médico na relação com o paciente oferece um potencial terapêutico importante. Este potencial é bem documentado, mas muitos profissionais subestimam seu valor, elevando o conhecimento intelectual e técnico ao nível mais importante de competência. Por outro lado, os pacientes habitualmente avaliam o desempenho de seus médicos através de critérios comportamentais. Os pacientes raramente extinguem uma relação com um médico baseados em incompetência técnica, mas fazem isso comumente se o médico não é prestativo (LINK, 1984).

2.4 METAS

A cura do paciente é a meta final da medicina; no hospital “cura” significa alta do paciente, sem considerar o contexto social ou o manejo a longo prazo. No ambulatório, o médico habitualmente não consegue manter a ilusão de cura e obriga-se a formular novas metas. O sucesso do tratamento pode ser redefinido como uma conquista gradual de uma série de pequenas metas ao longo do tempo. O médico e o paciente constantemente negociam estas metas, para que as expectativas de ambos sejam alcançadas.

Tratamento sintomático, melhor funcionabilidade em casa e na sociedade, suporte emocional e medicina preventiva são na maioria das vezes metas secundárias no hospital, mas objetivos principais na atenção primária.

Realizar um tratamento sintomático é desconfortável para a maioria dos médicos, por não agir na causa dos sintomas e ser de difícil monitorização. Outro aspecto do tratamento sintomático consiste em saber quando estabelecer limites. Nem todos os sintomas requerem tratamento específico, ou até mesmo este é impossível de ser realizado. Algumas vezes, é mais útil ouvir atentamente o paciente e reconhecer os sintomas do que “fazer algo”.

A monitorização do tratamento também difere entre o paciente internado e o ambulatorial. Neste último, as correlações entre sintomas, funcionabilidade e medidas objetivas são menos rígidas. Em pacientes com artrite reumatóide, por exemplo, a dificuldade para o trabalho muitas vezes está mais relacionada com fatores sociais e trabalhistas do que com a atividade da doença.

A experiência individual de estar doente evoca comportamentos que servem para atrair atenção e cuidado de outros. Na sua forma mais primária, este comportamento é que assegura que o bebê tenha satisfeitas suas necessidades orgânicas e emocionais. Numa elaboração mais complexa, como no paciente adulto, a expressão deste comportamento depende de inúmeras variáveis, incluindo personalidade, severidade da doença, maturidade e sociabilidade. Embora a apresentação emocional do paciente varie, esta sempre reflete um certo desequilíbrio emocional que acompanha todas as doenças. Mesmo quando o médico não pode oferecer cura, alívio sintomático ou melhora da funcionabilidade, ele pode ainda ser capaz de ajudar o paciente a lidar com a carga emocional de uma doença. Este apoio é um ingrediente da maioria das relações médico-paciente efetivas.

O uso das medidas preventivas de saúde e a identificação de fatores de risco constituem uma parte importante da medicina ambulatorial. Muitos pacientes vêm ao consultório para receber estas orientações, que devem estar sempre atualizadas na mente do profissional (FLETCHER, 1992) .

2.5 TOMADA DE DECISÕES

Na enfermaria, o médico baseia suas decisões em um banco de dados amplo, e habitualmente em consenso com a opinião de colegas, supervisores e consultores. No ambulatório, o trabalho é mais solitário; comumente, nenhum outro médico verá o paciente ou revisará o manejo do caso. O banco de dados é mais incompleto, gerando um grau de incerteza ainda maior do que aquele que rege a medicina ambulatorial. Quando uma decisão é tomada, as repercussões não serão analisadas senão na próxima consulta ou se uma deterioração grave acontecer.

Se existir a necessidade de consultoria, esta pode ser demorada, habitualmente por motivos logísticos. Desta forma o médico no ambulatório deve ter disciplina interna para substituir a estrutura relativamente rígida existente no hospital (LINK, 1984).

3. HABILIDADES

O questionário acessou a segurança dos residentes em algumas habilidades específicas que fazem parte do atendimento ambulatorial; a escolha destes itens foi focada no que é tradicionalmente feito nos ambulatórios de Clínica Médica do HC, envolvendo questões de aconselhamento (tabaco, álcool, drogas), prevenção (exames de rotina, prevenção de neoplasias), relacionamento médico-paciente (tratamento participativo) e aspectos de ordem prática (nomes comerciais de medicações). Outras tarefas são extremamente citadas na literatura, mas não foram abordadas por não fazerem parte dos ambulatórios. No entanto, poderão se tornar importantes com o tempo: sigmoidoscopia flexível, ortopedia básica, oftalmologia, ginecologia básica, gerenciamento de consultório, nutrição, qualidade total em medicina e técnicas de psicoterapia e relaxamento (NELSON, 1990; MITCHELL, 1985).

Dos itens mais citados com relação aos tópicos que deveriam ser abordados dentro da medicina ambulatorial, o destaque ao raciocínio clínico foi digno de nota (MATTHEUS, 1985); o desenvolvimento da capacidade de ofertar propostas diagnósticas e terapêuticas de maneira rápida continua sendo uma vivência diária dentro da medicina ambulatorial. O ambulatório desenvolve as habilidades básicas de história, exame físico, relacionamento (KERN, 1985) e do reconhecimento de "protótipos" (pacientes estereotipados), que tem sido uma não muito reconhecida, mas mesmo assim importante fonte do ensino do processo de tomada de decisões e de raciocínio clínico (PAPA, 1990).

O relacionamento médico-paciente também ocupa lugar de destaque no ensino ambulatorial; o ambulatório, na opinião dos residentes, ocupou o segundo lugar aonde este relacionamento pode se desenvolver com maior facilidade. Na enfermaria, aonde o residente passa um maior tempo com o paciente, os relacionamentos costumam ser mais intensos, no sentido de maior contato. O tempo

de contato do residente com o doente é realmente determinante para a melhor percepção do relacionamento médico-paciente.

Questões relacionadas à prevenção de doenças são a ordem do dia no ambulatório; nas enfermarias e na emergência, estes pontos fundamentais no atendimento na maioria das vezes não são totalmente abordados. Os residentes perceberam bem esta questão, colocando-a como um ponto importante do treinamento (93%) e repetitivamente desejando pedir “exames de rotina”. Demonstrou-se porém, que a metodologia correta da prática da medicina preventiva é obtida com muita dificuldade a nível ambulatorial (FLETCHER, 1992). Embora 100% dos residentes relataram segurança em solicitar exames de rotina, esta segurança cai para um patamar menor (68%) em relação à prevenção de neoplasias, que é um aspecto fundamental em medicina preventiva. Estes achados fazem refletir sobre o que os residentes consideram como “exames de rotina”. De fato, são requisitados muito mais “eletrocardiogramas de rotina” do que pesquisas de sangue oculto nas fezes nos pacientes de 60 anos, embora uma evidência clara exista, favorecendo este último (CANTOR, 1993). A necessidade e a vontade de aprender medicina preventiva permeiam a residência e seu ensino só requer estruturação. O residente deve conhecer estas orientações assim como saber o último tratamento da insuficiência cardíaca e do choque séptico.

A resolução do problema atual do paciente deve ser a linha principal para um bom atendimento ambulatorial, e a importância dada a este tópico pelos residentes (92%) é reasseguradora. Porém, muitas vezes se observa que o residente tenta resolver o problema que está anotado nas consultas anteriores, e não presta a devida atenção a uma queixa mais atual, que na verdade está incomodando o paciente naquele momento mais do que sua doença de base.

Uma avaliação do tratamento participativo foi incluída por ser um indicador efetivo da qualidade da medicina ambulatorial (KAPLAN, 1996). O maior envolvimento do paciente na programação do tratamento está associado com um maior grau de

satisfação, tanto pelos pacientes quanto pelo profissional. Médicos muito ocupados ou com menor treinamento em atendimento primário oferecem um menor grau de participação, com conseqüentes piores resultados no manejo clínico. O grau de tratamento participativo também parece ser um indicador de maior experiência e maturidade profissional, já que uma porcentagem maior de R1 (18%) acharam o tratamento participativo de pouca importância, em contraste com apenas 5% dos R2.

Valorizar os aspectos sociais é vital no ambulatório (WIEBE, 1996), e uma boa parcela dos residentes questionados referiram habilidade satisfatória em acessar este aspecto (67%). O residente deve perceber que o paciente ambulatorial não está restrito a um leito, com mensurações constantes de dados vitais, medicações fornecidas em horários pré-programados, com um risco mínimo de abandono do tratamento; o caso de cada paciente tem que ser analisado no contexto da sua família, comunidade, trabalho, a até da sua própria personalidade. A abordagem destes aspectos traz ao residente maior segurança em planejar atitudes diagnósticas e terapêuticas.

Embora a maioria dos residentes afirmou ter segurança no questionamento sobre o uso de álcool e tabaco (75 e 90%, respectivamente), uma porcentagem menor possui a mesma segurança para a abordagem no uso de drogas "recreativas" (57%). Na verdade, a maior dificuldade em relação ao uso de drogas não parece ser de reconhecimento, pois os residentes se sentem à vontade para abordar os fatores de risco para SIDA, dos quais o consumo de drogas faz parte. Chega-se à conclusão de que o problema pode estar nas habilidades de aconselhamento, e não no seu reconhecimento. Não se sabe se esta dicotomia pode estar presente na abordagem do álcool e do tabaco, conforme relata a literatura (LEWIS, 1991).

O nível de importância outorgado à pesquisa e à produção científica, embora aborde a maioria dos residentes (64% são favoráveis), está muito aquém

dos outros itens de aprendizado. Vários motivos têm sido aventados para este resultado, entre eles a dificuldade para incentivo à pesquisa no próprio meio durante a graduação, pouco preparo dos supervisores na orientação da feitura de trabalhos científicos, baixo poder de captação de recursos por parte dos ambulatórios e a falta de elementos próprios da medicina interna que possam ser pesquisados no ambulatório, sem conflito com assuntos das sub-especialidades. Se os primeiros motivos são reais e envolvem soluções de longo prazo, o mesmo não se pode dizer do último: uma série de assuntos pode ser abordada em um ambulatório de Medicina Interna geral, desde os assuntos mais simples como achados de exame físico até aspectos mais complexos da terapêutica (*vide* propostas). A observação de que os residentes de fora da UFPR são mais solícitos quanto ao desenvolvimento de pesquisa foi confirmada pelos achados de questionário (90% contra 58% dos graduados na UFPR).

De qualquer maneira, não se constitui tarefa fácil fazer ciência dentro de um ambulatório de Clínica Médica geral; os próprios residentes, tendo que avaliar um espectro que caminha entre o generalismo total em um extremo e especialização total em outro, enxergam as atividades verdadeiramente científicas mais perto do espectro da especialização, com o espectro generalista existindo no mundo da “não-ciência”. A abordagem holística da medicina generalista tem sido vista como “intuição” ou “arte”, e não como ciência verdadeira. Talvez por isto que grande parte dos residentes (71%) seja favorável ao emprego de protocolos pré-estabelecidos de tratamento, principalmente os R2, que já foram expostos à grande carga de conhecimento vinda das sub-especialidades. Na verdade, conhece-se que dentro desta “intuição” existe um método científico bastante formalizado, principalmente o método hipotético-dedutivo (RÉA, 1994). Na medicina ambulatorial, um campo interessantíssimo envolve o conceito de que cada paciente constitui um universo diferenciado e que o generalista é o especialista em cada paciente atendido. Este último consiste em uma combinação de vontade própria, sistema nervoso central

multipotencial, normas socioculturais diferentes e combinações extremamente variáveis de genética e experiências pessoais: “o mais complexo dos sistemas naturalmente encontrados” (PRUESSNER, 1992) . Uma das maneiras de abordagem deste ponto de vista utiliza elementos da ciência do caos; esta é uma escola de pensamento ainda em expansão e que não aparenta ser superior ou inferior à que rege a ciência médica atual: é apenas diferente.

Um índice extremamente baixo de orientação quanto ao uso de vacinas para adultos foi observado (76% dos residentes com nenhuma ou pouca habilidade). O fato pode ser explicado pela pouca ênfase realmente dada durante o curso, linhas-guias mais recentemente editadas e falta de disponibilidade para algumas vacinas, como aquelas contra influenza e pneumococos (não disponíveis na rede pública).

O conhecimento do nome comercial de medicações é um tópico interessante, e foi colocado no questionário pela observação de que existe uma grande dificuldade por parte do residente, ao iniciar a prática médica, em reconhecer nomes e apresentações comerciais dos diversos fármacos, mesmo os conhecidos muito bem pelos nomes farmacológicos. No Hospital de Clínicas, a tendência de sempre se procurar prescrever medicações disponíveis no sistema de saúde pública (que são nomeadas pela sua denominação farmacológica) com certeza é a causa desta ignorância. O fato foi confirmado pelos achados do questionário (43% dos residentes se acham inábeis).

4. OPERACIONALIDADE: TEMPO E SUPERVISOR

O tempo de consulta ambulatorial deve sempre variar conforme a necessidade do paciente, e um período estanque de tempo não deve ser determinado. Contudo, estabelecer uma média se torna útil para a verificação da capacidade do residente em lidar com um elemento precioso da medicina ambulatorial. A maioria dos levantamentos em equipes de ex-residentes apontam um maior tempo de consulta como reivindicação (NELSON, 1990; MITCHELL, 1985). Na literatura a média das consultas é de 55 minutos para a primeira consulta e de 22 minutos para as consultas de seguimento (KOSECOFF, 1987). A maioria dos residentes pesquisados (71%) determinou este intervalo como um tempo satisfatório para cada paciente.

A presença de um supervisor no ambulatório de Medicina Interna que consiga servir de modelo de como realizar uma abordagem generalista é um fator decisivo na escolha da Clínica Médica como residência por parte dos acadêmicos (ALTUS, 1992), e numa maior atuação a nível de atenção primária pelo residente após o término da residência.

Poucos estudos foram realizados em relação ao número de supervisores para cada residente no ambulatório. Xakellis focou a proporção correta entre preceptor:residentes através de observação direta e por simulação com computadores (XAKELLIS, 1995; XAKELLIS, 1996). A dificuldade do supervisor de ambulatório consiste na multiplicidade de tarefas sem relação com o ensino; o estudo demonstra que 48% do tempo do supervisor é focado no ensino e 52% em outras tarefas, como responder telefonemas, atender o balcão, consultas extras, consultorias e atividades burocráticas. As dificuldades surgem quando uma quantidade muito alta de tarefas levam a um tempo maior de espera por parte do residente, com um maior grau de insatisfação em relação ao ambulatório como um local de treinamento. Para evitar maior perda de oportunidades didáticas, um

supervisor poderia atuar com 4 a 6 residentes por período, sem maiores problemas (XAKELLIS, 1996).

A mínima formação para o supervisor deveria ser residência e experiência didática em Clínica Médica, segundo a maioria dos residentes (95%), indicando a percepção de que o ambulatório de Medicina Interna geral é melhor orientado por um clínico (abordagem mais ampla); a participação deve ser intensa de acordo com a opinião de 90% dos residentes, com o supervisor verificando todos os casos ou no mínimo os selecionados pelos residentes, indicando a intenção de não se perder momentos de aprendizado. Aproximadamente 60 a 75% dos casos são vistos pelo supervisor no ambulatório de Medicina Interna dos R1, sendo que na literatura graus muito menores de participação são relatados: 25 a 35% (BROOK, 1987; DALEY, 1985).

5. PERCEPÇÃO DA ATUAÇÃO FUTURA E REPRESENTATIVIDADE DA RESIDÊNCIA

Um achado preocupante do questionário foi o fato dos residentes considerarem que o tipo de população, patologias, recursos diagnósticos e terapêuticos do ambiente hospitalar serão encontrados com frequência na prática médica futura.

A transição da residência para a prática profissional é difícil; existe um período de “luto” pela perda da estrutura protetora da residência e ansiedade pela obtenção de emprego (REUBEN, 1988) . A estrutura da residência, por sua natureza de total imersão na parte profissional da medicina, inibe os esforços dos residentes para uma maior maturidade e o estabelecimento de padrões de vida adulta. Mentores que poderiam demonstrar a importância do convívio com a comunidade raramente estão ocupando posições proeminentes dentro dos departamentos (REUBEN,1988) .

Em um hospital terciário como o Hospital de Clínicas, muitas das patologias vistas comumente no ambulatório não o são na prática cotidiana, e até mesmo nunca mais serão encontradas; como diz Verby: “...hospitais de ensino são locais aonde a população de pacientes tende a apresentar problemas médicos interessantes ou complicados, mas não necessariamente os problemas de maior relevância...”. O residente deve perceber precocemente que todos os problemas são importantes para o paciente, e a sua mera presença é a evidência necessária para afastar o diagnóstico de “nada errado”. Isto pode ser uma grande dificuldade no início da carreira médica, quando o médico no consultório se depara com uma lista de problemas como a mostrada no quadro 1:

Quadro 1: Problemas menores vistos na prática diária:

Edemas	Cãibras	Lombalgias
Cefaléia	Insônia	“Amortecimen- to no Corpo”
“Dores nas Pernas”	“Fraqueza”	
Aftas	“Muito Gorda e não como”	
“Gases”	Tonturas	
“Stress”	“Ruim na Cabeça”	
“Falta de Vitaminas”		

Adaptado de Burnum, 1973.

Assim como existe uma diferença importante entre os pacientes atendidos na enfermaria e no ambulatório, essa diferença também é notável entre os pacientes que procuram os ambulatórios dentro e fora do ambiente hospitalar (KERN, 1985) .

No hospital, os pacientes apresentam-se com patologias de nível terciário, e geralmente estão afastados da sua comunidade de origem; as secretárias e funcionários não conhecem nem os pacientes nem os médicos, gerando um tipo de atendimento bastante impessoal; existe uma dificuldade de retornos mais precoces e da utilização de telefonemas de controle; o sistema de prontuários é descentralizado, e está associado a problemas como prontuários desaparecidos, extravio de exames laboratoriais e radiológicos e um sistema de marcação de consultas centralizado e impessoal. No consultório, o ambiente é mais confortável para os pacientes e para os médicos; recepcionistas e enfermeiras conhecem o paciente pelo nome e estão familiarizadas com seus problemas; o prontuário está sempre presente e inclui apenas o que foi decidido pelo médico. A marcação de consultas é mais flexível e telefonemas podem ser respondidos com menor prejuízo dos trabalhos.

Obviamente existem vantagens do sistema ambulatorial a nível hospitalar: o contato com outros serviços e outros residentes, que estimula o intelecto e a heterogeneidade de experiências, suporte de bibliotecas (geralmente fechadas após o horário de consultório), exames de maior complexidade mais facilmente disponíveis e um esquema de atendimento de emergência melhor organizado (HERSHEY, 1995).

Com relação às possibilidades terapêuticas e diagnósticas, a análise da representatividade no ambiente aonde foi realizado o questionário deve levar em conta a seguinte situação: Embora um hospital terciário, o Hospital de Clínicas passa por momentos difíceis; mesmo que alguns pontos na abordagem diagnóstica e terapêutica sejam muito superiores em relação à medicina privada, alguns pontos básicos são falhos, às vezes representados até pela falta de medicações. Os residentes podem ter interpretado isto de maneiras diversas, de acordo com a situação do hospital.

Habitualmente, o R2 de Clínica Médica gosta mais de atuar no ambulatório, o que confirma o achado da pesquisa e também da literatura (LINN, 1986) além de motivos relacionados com habilidades médicas específicas, como maior conhecimento teórico, maior segurança na história e no exame físico, melhor relação médico-paciente e abordagem de aspectos psico-sociais, que refletem maior maturidade e experiência, um fator estrutural que se destaca é o fato do ambulatório ser semanal ao invés de ser distribuído em blocos mensais (RUBENSTEIN, 1992; HERSHEY, 1995; WISDOM, 1993).

O maior grau de satisfação dos residentes pelo ambulatório das sub-especialidades é genuíno; os ambulatórios são mais focados, mais organizados e mais protocolados em relação às condutas do que os ambulatórios generalistas. Na verdade o grau de exposição a sub-especialidades com alta carga ambulatorial, como endocrinologia e reumatologia com certeza prepara melhor o residente de clínica médica para a vida profissional (OSWALD, 1989; McCUE, 1981). Como já foi dito,

porém, o manejo das patologias específicas deve ser mesclado com o conceito psico-social.

PROPOSTAS

Embora o ambulatório tenha sido considerado por muito tempo um local menos nobre no ensino da Medicina Interna, este não permanece como uma área irremediável do ponto de vista didático. O ambiente ambulatorial tem sido vítima de um ensino de improviso, executado de maneira não sistemática e com pouca consideração acerca de como o conhecimento é adquirido; porém, diversas são as fontes aonde são encontrados estes parâmetros. Um exame cuidadoso deve ser realizado no ambiente de ensino e nas habilidades e atitudes dos supervisores. As necessidades de aprendizado dos residentes devem constituir a base da educação ambulatorial.

1. CONTEÚDO

O que o residente deve aprender no ambulatório? A resposta a esta pergunta envolve um espectro de tópicos bastante amplo, sendo que estes devem ser colocados como objetivos logo no começo do estágio, e reaccessados em várias ocasiões subseqüentes.

1.1 EXPOSIÇÃO A PROBLEMAS AMBULATORIAIS COMUNS

A aquisição de experiência com problemas comuns, que serão encontrados na prática diária, deve ser extremamente salientada durante o treinamento. Evita-se, com isso, situações como um residente saber mais facilmente manejar um episódio de cetoacidose diabética do que uma infecção de vias aéreas superiores. Esta experiência pode ser programada ajustando-se a população de pacientes atendida e o ambiente de atendimento.

Entre os problemas ambulatoriais comuns, estão:

1.1.1 Doenças agudas benignas

Atender e oferecer conforto imediato a pacientes com lombalgias, infecções de vias aéreas superiores, exantemas, queixas músculo-esqueléticas localizadas, entre outras afecções.

1.1.2 Doenças crônicas

O ambulatório é extremamente útil em ensinar ao residente a história natural de várias doenças, sendo que diferentes pacientes são vistos em estágios diferentes. Doenças como hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, diabetes melito e doença pulmonar obstrutiva crônica são vistas não só na fase de descompensação, mas como complicações crônicas, dificuldades no manejo e qualidade de vida..

1.1.3 Psiquiatria

Pacientes com distúrbios psiquiátricos são muito comuns na prática diária, e os residentes devem se convencer precocemente que estes devem ser avaliados de maneira sistemática como qualquer outra doença, envolvendo não só a fisiopatologia mas também os aspectos psico-sociais (SLEDGE, 1987; BARKSKY, 1981). Distúrbios afetivos, como depressão e distímia; ansiedade generalizada, síndrome do pânico, fobias simples, psicoses e somatizações fazem parte deste tópico.

1.1.4 Avaliação pré-operatória

Embora a cardiologia domine a literatura a respeito, o generalista em muito pode contribuir para o estabelecimento de risco cardíaco, para efetivar compensações de quadros instáveis, orientação farmacológica pré, per e pós-operatória e aspectos preventivos (particularmente os relacionados à trombose venosa profunda e ao tromboembolismo pulmonar).

1.1.5 Avaliação de pacientes com co-morbidade

Pacientes com múltiplos problemas, que necessitam de uma avaliação global, podem ser melhor vistos por um generalista ao invés de freqüentar diversos ambulatorios. Nestes casos, além da análise fisiopatológica, o enfoque em interações medicamentosas e qualidade de vida permeiam a avaliação do clínico.

1.2 TREINAMENTO EM HABILIDADES BÁSICAS E MANEJO CLÍNICO

1.2.1 Habilidades em anamnese e exame físico

Os residentes trazem dos anos básicos a sensação de que a obtenção de uma história detalhada e extensa e de um exame físico completo são as chaves para um bom atendimento (SCHECHTER, 1996). No ambulatório, aonde o tempo é um fator decisivo, o aprendizado de como fazer uma avaliação ao mesmo tempo focada

e completa é vital (BORDAGE, 1995). A informação fixada pelo residente depende de como este apresenta o caso e o que o supervisor escolhe para discutir.

Ao mesmo tempo, habilidades de apresentação de casos (KROENKE, 1985) trazem agilidade ao atendimento, com mais tempo sendo dispensado ao aprendizado.

1.2.2 Priorização de problemas

Habitualmente, o residente foca sua atenção na doença ou diagnóstico já anotados nas consultas anteriores, deixando passar a razão real da visita. Deve-se sempre perguntar "O que realmente trouxe este paciente aqui?" e não "Como este paciente está passando com sua doença de base?"

Por exemplo, um paciente com cefaléia persiste com o diagnóstico de cefaléia tensional, mas seu problema real é posteriormente identificado como depressão; uma senhora de 80 anos com uma pressão sistólica de 185 é rotulada de "hipertensão sistólica isolada", mas o problema maior talvez seja a preservação da qualidade de vida. Se o controle da hipertensão leva a um aumento na probabilidade de sobrevida de mais alguns meses, mas às custas de efeitos colaterais inaceitáveis, houve uma falha de identificar o problema real.

Deve-se salientar no ensino dos residentes que a tomada de decisões deve levar em conta todos os aspectos do paciente, como sexo, idade, raça, histórico familiar, sintomas e probabilidade de aderência ao tratamento e não somente o diagnóstico em si. Poderia-se definir este aspecto do manejo clínico como "negociar o problema com o paciente". Muitos pacientes queixam-se de que seu médico não os ouve; geralmente não existe falta de atenção, mas falta de negociação entre médico e paciente, por falta de habilidade do profissional. A falta de aderência ao tratamento proposto é uma consequência natural desta falta de habilidade.

1.2.3 Habilidades em comunicação inter-pessoal

Comunicar-se com o paciente em uma linguagem que ele entenda é a primeira destas habilidades; segue-se a competência em explicar os achados de exame físico e complementares, discutir o diagnóstico e definir as opções de tratamento, incluindo riscos, benefícios e complicações. Deve-se responder às questões de maneira clara e aconselhar pacientes com relação a hábitos de vida e a prevenção de doenças.

1.2.4 Avaliações custo-efetivas

O internista em treinamento sente-se à vontade no ambiente hospitalar ao solicitar uma gama variada de exames complementares, utilizar os recursos terapêuticos mais custosos e prolongar o internamento hospitalar pela relativa falta de responsabilidade em saber quem irá arcar com os custos (McCUE, 1981). A análise de custo-benefício, que leva em consideração não apenas o gasto, mas também as conseqüências de uma determinada linha de ação, deve ser parte integrante do treinamento do residente (GOLDBERG, 1991). Não somente pela preservação da instituição aonde está sendo realizado o treinamento, mas também porque o residente não está isento de no futuro profissional explicar ao seu paciente ou para o convênio de seu paciente o custo crescente de uma investigação clínica ou de um tratamento específico.

A base para uma avaliação custo-efetiva consiste no conhecimento da epidemiologia clínica; conceitos como sensibilidade, especificidade, valores preditivos de exames complementares e de achados de exame físico devem ser parte integrante do conteúdo teórico do ambulatório. A percepção da existência de um grau de incerteza constante na prática da medicina tem que fazer parte da rotina dos residentes; princípios como o teorema de Bayes devem ser enfatizados (ESSEX-SORLIE, 1995).

1.2.5 Consultoria

O generalista deve treinar a melhor maneira de como trabalhar com consultores, mantendo-se na posição de advogado e de responsável principal pelo paciente. Aproveitar ao máximo a experiência dos sub-especialistas em cada área e também auxiliá-los no processo de “negociação” com o paciente, são parte obrigatória do treinamento.

1.3 TREINAMENTO EM GERIATRIA

A população geriátrica está aumentando no mundo, mesmo em países antes considerados de idade média jovem (como o Brasil); as causas são bem conhecidas, e a maior sobrevida proporcionada pela medicina é a principal (REYNOLDS, 1991). Habilidades em lidar com problemas como demência, incontinência urinária, quedas, osteoporose e dificuldades da vida diária são cada vez mais fundamentais no dia a dia do generalista. Os profissionais especializados ainda são em número reduzido, e muito improvavelmente suprirão a demanda (SCHRIER, 1994). A tendência atual é reconhecer a geriatria como uma “supra-especialidade”, por envolver diversos tópicos da Medicina Interna (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 1991).

1.4 TREINAMENTO EM PROBLEMAS COMUNS FORA DA MEDICINA INTERNA

Muitos estudos realizados com ex-residentes (KERN, 1985; MITCHELL, 1985) indicam uma grande discrepância entre treinamento e necessidade na prática médica de conceitos básicos de oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, ginecologia, nutrição, sexologia e medicina ocupacional. Pequenos seminários em cada uma destas áreas aumenta muito a eficiência de um clínico geral (BOYCE-SMITH, 1977) .

1.5 TREINAMENTO EM MEDICINA DO ADOLESCENTE

O adolescente vive uma dificuldade quando necessita de atenção médica; não se sente à vontade no pediatra, e ainda apresenta problemas no relacionamento com o médico de adultos. Contudo, vários aspectos apontam que a medicina do adolescente deve ser outra arena para o internista: comportamentos como o uso de drogas, atividade sexual e delinquência juvenil podem ser bem acessados pelo clínico geral, que adicionalmente oferece respaldo para problemas como doenças sexualmente transmissíveis, saúde feminina, contracepção, cuidados urgentes e medicina desportiva básica (REYNOLDS, 1991).

1.6 MEDICINA PREVENTIVA

Como pode ser visto na análise dos resultados do questionário, a percepção dos residentes da necessidade do domínio das linhas diretrizes da medicina ambulatorial é bastante satisfatória. Porém, na maioria das residências o enfoque teórico neste ponto ainda é pequeno (McCUE, 1981) e bastante deturpado pela prática intra-hospitalar. Deve-se salientar novamente que o conhecimento destas diretrizes é de igual importância ao conhecimento dos modernos esquemas de tratamento para doenças mais graves. Além disso, o lidar diário com estas diretrizes apura sobremaneira a habilidade em epidemiologia clínica.

1.7 PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA BÁSICA E CLÍNICA

Além de poder lidar com qualquer assunto relacionado aos órgãos e sistemas, a medicina ambulatorial oferece campos de pesquisa diferenciados com os quais o residente pode e deve se envolver (FIHN, 1989):

1.7.1 Validação dos sinais e sintomas clínicos

Muitos dos achados de história clínica e exame físico são datados de épocas anteriores à estruturação metodológica da pesquisa científica. Validar estes parâmetros aumentariam muito a eficácia do clínico a nível ambulatorial (GUINZBERG,1993).

1.7.2 Epidemiologia clínica

Princípios de tomada de decisões, avaliações custo-efetivas e aplicação de tecnologia no ambulatório são aspectos já abordados, e que se diferenciam, tanto pelo ambiente quanto pelo tipo de população atendida, dos mesmos aspectos a nível hospitalar (AAMC, 1993).

1.7.3 Conceitos humanísticos

Pela presença maior de fatores psico-sociais nos pacientes externos, conceitos menos explorados podem ser acessados, como aprendizado do adulto, socialização profissional, antropologia, sociologia, psicologia social e filosofia moral (YONKE, 1991).

1.8 ÉTICA

O internista tende a lidar com decisões éticas de maneira intuitiva, introduzindo influências sociais e pessoais aonde estas não são necessárias. Como em qualquer lugar aonde ocorra a prática médica, os princípios éticos regem o andamento do ambulatório, e estes devem ser ensinados e cobrados dos residentes. Princípios éticos básicos devem fazer parte da lista de objetivos do treinamento ambulatorial, como tratar os pacientes com compaixão, respeito e integridade; render completa atenção ao paciente sendo avaliado; respeitar o status sócio-econômico do paciente; desenvolver um senso de responsabilidade para com

o paciente, com ênfase no seguimento, transferência de atendimento, marcação de consultas conforme necessidade do paciente e não da disponibilidade do agendamento e desenvolver respeito e apreciação para com outros profissionais (HAYASHI, 1989). Além disso, atitudes legalmente obrigatórias, como o consentimento informado, devem ser sempre observadas.

1.9 GERENCIAMENTO DA PRÁTICA PRIVADA

O melhor manejo do consultório aumenta a eficiência do médico e desta forma diminui os custos do atendimento. O uso apropriado de técnicas empresariais leva o médico a evitar problemas legais e financeiros, diminui a sobrecarga burocrática e deixa mais tempo livre para as atividades médicas em si. Uma pequena parcela de tempo durante a residência para o tratamento destes assuntos leva a benefícios seguramente maiores de que o tempo utilizado (McCUE, 1981). Devem ser ressaltados conceitos de gerenciamento, demanda da prática real, convênios e informatização.

2. ESTRUTURAÇÃO DO AMBULATÓRIO

Para a operacionalização de um ambulatório em Medicina Interna geral, basicamente três pontos devem ser levados em consideração: a distribuição do tempo de exposição do residente, o ambiente de trabalho (locação) e a parte operacional (SCHUSTER, 1992). Um quarto ponto pode ser adicionado, que consiste no tipo de experiência educacional que foge da Medicina Interna geral, porém este não é foco desta revisão.

2.1 DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO

Basicamente os dois tipos mais comuns de rotação dos residentes pelos ambulatórios são o tempo disposto em blocos e o tempo contínuo.

2.1.1 Tempo em bloco

É o mais utilizado na maioria dos serviços (HERSHEY, 1995). Idealmente, o residente passa a maior parte do tempo no ambulatório, sem ser distraído pelos afazeres da enfermagem e pode se concentrar nos assuntos relacionados ao ambulatório. Na maioria das vezes porém, esta forma de rodízio divide espaço com atividades intra-hospitalares.

Da perspectiva do supervisor, este modo tem aspectos negativos e positivos: o estágio em módulos ou blocos permite a este trabalhar com muitos residentes; os bons são um prazer; os ruins terão um prazo definido para ir embora. Os residentes, como novos elementos do time de apoio, trazem idéias novas sobre vários pacientes; como a maioria dos pacientes são novos para eles, geralmente estes realizam uma revisão profunda do caso, o que o paciente geralmente toma de bom grado.

As desvantagens consistem em que o residente é sempre um visitante

temporário; o paciente sempre “pertence” ao preceptor. A relação médico-paciente é experimentada com menos intensidade pelos residentes. As grandes decisões geralmente ficam com o supervisor, devido não somente às expectativas dos pacientes, mas pelo fato de que o supervisor fará a continuidade do atendimento nos meses seguintes. Se o residente estiver com obrigações nas enfermarias, as constantes interrupções (telefonemas, localizadores) podem desestruturar o momento da consulta de maneira muitas vezes irremediável. Um problema mais grave surge quando um dos residentes atua de maneira muito insatisfatória e os pacientes questionam sua habilidade e até mesmo se recusam a serem vistos por ele. Mais como uma exposição, o tempo em bloco é útil no início da residência. Existe uma maior gama de pacientes e de procedimentos que são ofertados, aumentando o interesse do residente (WISDOM, 1993).

2.1.2 Tempo contínuo

Consiste em colocar o residente uma vez por semana no ambulatório, por um período de no mínimo um ano.

Existem inúmeras vantagens nesta abordagem: o residente adquire maior responsabilidade em trabalho de grupo, maior capacidade de decisão e maior valor como médico. O relacionamento médico-paciente desenvolve-se a um ponto em que o paciente considera como seu médico tanto o residente quanto o supervisor. Para estes pacientes, o supervisor pode apenas ficar nos “bastidores”; geralmente o residente ocupa-se mais com os aspectos médicos, e o supervisor discute os aspectos psico-sociais, de qualidade de vida e aspectos familiares. O residente faz uma análise pura, baseada em fatos e apoiando-se na fisiopatologia. O supervisor traz experiência e o conhecimento de que abordagens padronizadas devem ser adaptadas para aquele determinado indivíduo procurando atendimento. A interação da experiência com um conhecimento teórico recém adquirido melhoram a análise dos problemas clínicos.

A continuidade de atendimento é um detalhe vital neste tipo de exposição (WISDOM, 1993) . Apenas depois que os fatores relacionados ao problema atual forem resolvidos, é que outros fatores podem ser abordados. À medida que os residentes vão se familiarizando com os pacientes, medidas preventivas e assuntos não-médicos tornam-se mais relevantes. Um médico de confiança muito mais provavelmente se torna depositário de problemas pessoais graves, como abuso de drogas, abuso físico, homossexualidade e outros riscos para HIV.

Quando o residente reconhece o paciente como seu, um senso maior de responsabilidade emerge, inclusive com aspectos burocráticos, como prontuários.

2.2 SELEÇÃO DOS LOCAIS PARA TREINAMENTO

A proposta crescente na mudança de foco do programa da residência, saindo do hospital em direção ao ambulatório, não exclui o primeiro do treinamento, mesmo porque os residentes devem ser responsáveis pelos pacientes que internam pelo ambulatório (seguimento). Como já foi descrito, a população de pacientes altera-se não só entre a enfermaria e o ambulatório, mas entre o ambulatório de um hospital universitário e um ambulatório na comunidade e consultórios. Estes últimos têm recebido apoio incondicional da literatura (PHILBRICK, 1990; WIEBE, 1996; NAPODANO, 1984), pela grande oferta de experiência prática. De fato, nos EUA, os consultórios particulares estão se tornando locais de exposição e ensino tanto para a residência quanto para graduação, com resultados invariavelmente satisfatórios e boa aceitação por parte dos pacientes. Esta experiência pode ser resumida em uma frase de um residente em treinamento em um consultório, quando interrogado por Wiebe: "... no hospital aprendi boa medicina; mas aprendi eficiência na prática privada...".

Também nos EUA e Canadá, a boa estrutura da residência de Medicina de Família permite a existência de programas em conjunto com a Medicina Interna com

exposição a ambulatorios de atenção primária e secundária e formação de generalistas bem treinados (VERBY, 1981; O'DELL, 1992) .

2.3 OPERACIONALIZAÇÃO

O espaço físico a ser reservado deve de preferência simular o ambiente de um consultório, para que tanto o residente quanto o paciente se sintam à vontade. O supervisor é acessado rapidamente por uma sala contígua ou um corredor externo. O equipamento básico para o exame físico deve estar disponível, como esfigmomanômetros, estetoscópios, otoscópio, oftalmoscópio, martelo de reflexos assim como material para procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

O número de residentes que permanecem no ambulatório é definido pelo espaço físico e pela necessidade do programa de residência médica. Idealmente, cada grupo de 4 a 5 residentes requer o acompanhamento de um supervisor; cada residente avalia de 6 a 8 pacientes por período, com metade deste número de pacientes novos (SCHATZ, 1985). Espera-se que o residente participe das decisões tomadas acerca de seus pacientes, como a necessidade de testes invasivos, pedidos de consulta e internamento, juntamente com o supervisor. O prontuário deve ser atualizado com um padrão mínimo de qualidade, definido previamente no começo do estágio. Garantir a continuidade do atendimento e assumir responsabilidade total quando o seu paciente internar também é tarefa do residente do ambulatório.

Fontes de consultas devem estar permanentemente disponíveis e atualizadas, para rápida referência. Bancos de dados computadorizados e programas de diagnóstico clínico têm sido empregados, para estimular a discussão de cada caso.

As atividades teóricas são realizadas de maneira sistemática, e várias são as opções. Seminários na forma de um “clube da revista”, centrado no orientador, é

o estilo mais citado (WARTMAN, 1992). Funciona para o desenvolvimento de habilidades como avaliação criteriosa da literatura, troca de experiências e técnicas de apresentação.

3. PRINCÍPIOS DO ENSINO ADULTO

3.1 APRENDER E ENSINAR : DEFINIÇÕES (RUBENSTEIN, 1992)

3.1.1 Aprendizado

A aquisição do conhecimento por um aprendiz segue dois caminhos:

a) Aprendizado por recepção (receptivo):

Todo o conteúdo a ser aprendido é apresentado em sua forma final; por exemplo, uma apostila sobre manejo de insuficiência cardíaca é apresentado no início do ambulatório.

b) Aprendizado por descoberta:

O conteúdo é baseado na exploração e questionamento dos fatos por parte do aprendiz. Por exemplo: ao invés de receberem uma apostila, cada residente recebe um artigo sobre insuficiência cardíaca e um seminário é realizado com todos os residentes, aonde uma discussão ampla gera o conhecimento.

3. 1.2 Ensino

Ensinar consiste na facilitação do aprendizado; o professor deve sempre atuar como guia ou ajudante, não como um puro fornecedor de conhecimentos. Ensinar é um processo cuja responsabilidade está dividida entre o professor e o aluno; o professor deve atuar como um criador da “necessidade de saber”, desafiando o aprendiz quando o alerta sobre o problema a ser resolvido. Alunos que reconhecem a necessidade de saber esforçam-se mais no aprendizado; são superiores em manejar novas informações e aplicá-las no seu ambiente; são mais hábeis em combinar um novo conhecimento com conhecimento pré-existente e em

manter um fluxo constante de auto-aprendizado.

Nem sempre o aluno está ciente dos pontos a serem aprendidos; o dever do professor é de indicá-los ao aluno. Também é responsabilidade do orientador reconhecer e utilizar os “momentos de ensino” em que o conhecimento será apreendido com maior facilidade. Como por exemplo, logo depois da interação do aluno com o paciente, aonde o encontro clínico, recente na memória do aprendiz, induz à uma impressão mais duradoura. Outros momentos particularmente especiais podem ser aproveitados, como uma consulta emocionalmente carregada ou um problema de difícil diagnóstico.

3.2 PRINCÍPIOS DE APRENDIZADO DO ADULTO

O processo de aprendizado de um adulto médico, como o residente, foge do modo do qual a criança ou o adolescente adquire o conhecimento escolar. Estes seguem os princípios da pedagogia, que lança o aluno como dependente do professor, com pouco conhecimento prévio e ávido para aprender o que lhe é informado. Os estudantes terminam por seguir este modelo por muito tempo, incluindo os primeiros anos da escola de Medicina. Entrando na idade adulta, costuma-se nomear o aprendiz de pedandragógico: o estudante começa a adquirir a necessidade de aprendizado de um adulto (andragógico), mas ainda mantendo somente as habilidades infantis para o aprendizado (pedagógico).

Os princípios básicos de aprendizado do adulto seriam:

- a) O adulto está pronto para aprender quando reconhece uma necessidade: por exemplo, quais as patologias mais encontradas em um ambulatório de clínica médica.

- b) O próprio aluno seleciona sua fonte de aprendizado; livros, revistas, cursos, sugeridos ou não pelo orientador.

- c) As tarefas a serem cumpridas são dirigidas ao problema: por exemplo, atendimento aos pacientes (IRBY,1986).

- d) Os novos conhecimentos e habilidades são aplicados imediatamente: o médico pode necessitar do conteúdo adquirido a qualquer momento após iniciar o atendimento a pacientes.

- e) Existe uma necessidade de avaliar o progresso de aquisição de conhecimentos de uma maneira constante: discussões com o preceptor, revisões, avaliações formais.

- f) O aprendiz desenvolve-se em um ambiente de ensino não ameaçador: no caso do treinamento a nível ambulatorial, tanto o supervisor como o residente são colegas médicos, e sua diferença reside no tempo de experiência profissional.

- g) O aprendiz esforça-se para contribuir com a sua própria reserva de conhecimentos para ajudar a outros: o conhecimento adquirido e sedimentado é rapidamente passado para outros aprendizes.

Torna-se essencial para o ensino de adultos que estes determinem seus próprios objetivos de aprendizado. A formulação dos objetivos deve ser uma tarefa conjunta entre professor e aprendiz, para que ambos estejam certos do que está sendo objetivado em cada situação de ensino. No ambulatório, esta lista final deverá ser uma combinação dos objetivos da residência médica, da experiência

prévia do orientador com residentes nesta fase de treinamento e das necessidades observadas pelo próprio residente.

Os médicos que ainda estão em treinamento encontram dificuldades para estabelecer seus próprios objetivos, porque os professores sempre lhes disseram o que deveria ser aprendido (BARROWS, 1986). As dificuldades em definir estratégias de aprendizado existem porque estas estratégias sempre lhes foram fornecidas. Os residentes sempre assumem a posição de que sabem pouco, porque habitualmente foram tratados desta maneira, durante sua vida escolar; quando são solicitados a basear o aprendizado no que provavelmente já sabem, encontram nisto uma tarefa complicada. Temem receber avaliações quanto ao seu progresso, porque até então estas têm sido experiências negativas e autoritárias, ao invés de etapas no auxílio do aprendizado. Finalmente, os residentes apresentam dificuldades em aceitar professores como colegas, porque a imagem do professor é sempre da autoridade. Acessar estas dificuldades no início do treinamento auxilia em muito o aproveitamento dos residentes no ensino da medicina ambulatorial.

3.3 DOMÍNIOS DO APRENDIZADO

Um domínio de aprendizado consiste em agrupar objetivos educacionais dentro de uma área limitada e distinta do conhecimento. Isto é útil para que orientadores e aprendizes definam melhor certos aspectos nebulosos dos objetivos propostos e descubram uma variedade maior de tópicos a serem abordados em uma experiência de treinamento ambulatorial.

São três os domínios de aprendizado:

3.3.1 Domínio cognitivo

Objetivos que lidam com o conhecimento factual. Exemplos como: “diagnóstico diferencial da icterícia”; “tratamento da hipertensão arterial”.

3.3.2 Domínio afetivo

Objetivos que descrevem habilidades verbais, de linguagem, de atitude e de valores, como habilidades de anamnese, interação com pacientes psiquiátricos, aconselhamento a pacientes.

3.3.3 Domínio psicomotor

Objetivos que listam habilidades técnicas e de procedimentos: exame neurológico, oftalmoscopia e infiltrações articulares, por exemplo.

4. HABILIDADES NO ENSINO EM AMBIENTE AMBULATORIAL

4.1 ESCOLHA DA PREMISSA DO ENSINO

4.1.1 Premissa do ensino partindo do aprendiz

Escuta-se a apresentação do caso clínico pelo residente ou o observa diretamente com o paciente. Baseando-se no que é ouvido e visto, organiza-se e analisa-se as informações a respeito das habilidades do residente. Partindo-se deste ponto, soma-se a esta análise os objetivos pré-escolhidos para a escolha do tópico a ser ensinado. Exemplo: Observa-se que um residente, ao apresentar um caso de uma queixa gastrointestinal, falha em acessar fatores de risco para colecistopatia. Antes da discussão do caso, estes pontos são abordados.

4.1.2 Premissa do ensino partindo do professor

Escuta-se a apresentação e baseado em um tópico do caso, sem fazer julgamentos sobre o desempenho do residente, inicia-se o momento de ensino baseado na experiência com turmas anteriores e na vivência prática. Exemplo: O residente de primeiro ano apresenta uma história de um paciente com úlcera péptica; a experiência do supervisor indica que a maioria dos residentes apresenta dificuldade no manejo do *H. pylori*, e este tema é escolhido para discussão.

Partir do aprendiz funciona melhor em residentes mais adiantados, que já possuem experiência e conhecimentos suficientes; também é melhor para os mais confiantes, que desejam ouvir sobre o seu nível de aproveitamento. A segunda escolha funciona com o residente mais novato e mais ansioso; também quando o tempo é mais curto para o ensino.

4.2 ESCOLHA ENTRE OS TRÊS MODOS FUNDAMENTAIS DE ENSINAR: RELATAR, PERGUNTAR OU MOSTRAR

4.2.1 Relatar

Utilização de afirmações explícitas para chegar ao ponto a ser ensinado. Constitui o ato de fornecer informações e direcionamentos:

a) Descrição: Usado principalmente para o ensino partindo do aluno. Método aonde o ponto a ser ensinado é atingido descrevendo-se com certo detalhamento ao residente sobre sua performance cognitiva, psicomotora ou afetiva. Relaciona-se diretamente com o que o residente acabou de fazer e leva à discussão de como corrigir o problema.

Exemplo: “Você sugeriu um plano de investigação com endoscopia digestiva e ecografia abdominal total ; o que você acha disso?” (ao invés de dizer: “Você realmente está investigando em demasia aquele paciente.”) Usando a descrição, deve-se manter as afirmações: livres de valores pessoais, específicas e breves, para que sejam viáveis para uma discussão. Exemplo: “Vamos comentar sobre dois pontos em relação ao seu exame da coluna lombar...”, ao invés de “Aqui estão dez problemas com sua história clínica...”

A descrição ajuda o residente a descobrir os pontos a serem aprendidos (um bom exemplo de aprendizado por descoberta). É um método útil no residente que reage defensivamente às críticas, naquele com menos confiança e mais ansioso para ouvir a opinião pré-formada do orientador. O estímulo aos atos praticados de maneira correta também são úteis na fixação do aprendizado.

b) Comparação: Consiste em aumentar a percepção do residente sobre suas dificuldades comparando o seu desempenho com uma fonte externa como um livro-texto ou uma revista; por exemplo, um residente com dificuldades em lidar com a aderência ao tratamento proposto em um paciente hipertenso pode encontrar auxílio se o supervisor relatar a posição de artigos recentes que tratem do mesmo tema.

De acordo com os princípios de aprendizado do adulto, o desempenho melhora em um ambiente não ameaçador, ou entre colegas. Em ambientes médicos, aquele que ensina torna-se automaticamente uma figura de autoridade para o aprendiz. Esta hierarquia pode criar ansiedade e interferir com o aprendizado. Pode-se estabelecer uma maior atmosfera de coleguismo transferindo-se para uma referência externa esta autoridade. Além disso, frases como “eu também acho estes pacientes complicados”, ajudam a criar um ambiente de ensino adulto. A comparação é útil com aprendizes novatos ou com aqueles que estão pouco à vontade em situações de contato direto com o supervisor.

c) Aprovação ou Reprovação: Declarações de aprovação devem ser feitas para rapidamente enfatizar o comportamento que se deseja fixar; por exemplo: “Você orientou muito bem aquela paciente com depressão”.

A reprovação pode ser feita de maneira menos rotineira, para que não perca o significado para o aprendiz. Com novatos, reprovações explícitas e repetitivas envolvem sentimentos de insegurança e surtem pouco efeito.

d)Respostas: As respostas às perguntas formuladas pelos residentes constituem um método extremamente utilizado para o repasse de informações essenciais no ambiente ambulatorial. Algumas táticas nas respostas ajudam que estas se tornem mais efetivas em relação ao ponto a ser ensinado.

Limitar o conteúdo aos objetivos iniciais: grandes explicações são mais facilmente esquecidas, e geralmente aparecem outros momentos para a discussão de diferentes tópicos sobre um mesmo assunto.

Excluir os itens que são atrativos para o orientador (por interesse pessoal) e não para o aluno, e que geralmente estão relacionados apenas vagamente com o caso em questão.

No fim da resposta, assegurar-se de que os pontos principais foram apreendidos, através de perguntas, repetição ou resumizando.

4.2.2 Perguntar

Existem duas formas de utilização de perguntas no ensino ambulatorial: o questionamento socrático e o questionamento direto:

a)Questionamento socrático: Constitui um bom método do aprendizado por descoberta, no qual os aprendizes são guiados para a informação. Séries de perguntas são feitas para o residente, gradualmente aumentando o seu conhecimento sobre determinado assunto. As questões são geralmente seqüenciais, partindo-se dos temas gerais para os específicos. Não se deve simplesmente formular perguntas, mas através destas encorajar o pensamento independente e a aplicação do conhecimento já adquirido em novas situações. Por exemplo, com um residente com insegurança no diagnóstico diferencial de uma dor abdominal em uma paciente de 24 anos: "Qual o

principal problema desta paciente?"; "O que você sabe sobre dor abdominal?"; "O que na história ou no exame físico o ajudaria a estabelecer uma causa para esta dor?"; "Como podem ser diferenciadas as causas de dor abdominal?"

A técnica socrática deve ser usada quando existe maior tempo para discussão; deve-se evitar a técnica em aprendizes ansiosos e com uma base de conhecimentos ainda pequena, porque cada pergunta subsequente induzirá a um maior pânico. Quem melhor se beneficia da técnica é o aluno com maior carga de informações e que apenas necessita de orientação para organizar o que já sabe.

b) Questionamento direto: O propósito do questionamento direto é testar o que o residente sabe e preencher as partes falhas com informações. Serve como ensino e avaliação ao mesmo tempo. Difere do questionamento socrático porque as perguntas são bem específicas desde o início e respostas exatas são esperadas. O questionamento socrático testa também a maneira de pensar de quem está respondendo; com o questionamento direto, quem está respondendo deve fornecer a resposta que já está na mente do orientador.

As perguntas devem ser claras, breves, focadas e divergentes (devem aceitar mais de uma resposta). Por exemplo: "Quais são as causas possíveis da cefaléia deste paciente?"; "Qual é o diagnóstico mais provável?"; "O que na história encaixa-se no diagnóstico?"

Ao lidar com perguntas, o orientador deve evitar alguns problemas comuns:

a) É necessário paciência para aguardar as respostas. Já foi demonstrado que quando os alunos não apresentam a resposta correta, geralmente o motivo não repousa na ausência do conhecimento, mas no fato de que este está armazenado de uma maneira não facilmente acessível na memória. Observações em sala de aula mostram que os professores raramente esperam mais de 5 segundos antes de prosseguir falando, após fazerem uma pergunta (LESKY, 1990). O orientador pode auxiliar na habilidade em reestruturar estas informações na memória do aprendiz através de várias técnicas: estimular a memória do aluno revendo pontos específicos na história e exame físico; discutir um ponto por vez; solicitar que o aluno combine pedaços de informação; repetir a pergunta em outras palavras; rever os pontos passados voltando o que foi recentemente discutido para despertar a memória e até mesmo fornecer palavras ou frases que atuarão como pistas para a memória (WARTMAN, 1992).

b) Respostas pré-programadas: Este problema acontece quando duas perguntas são feitas simultaneamente: uma aberta e uma fechada, como "Qual é a causa do fígado aumentado deste paciente? Poderia ser hepatite?". A discussão que poderia seguir a primeira resposta é anulada pela segunda.

c) Recompensa rápida: Concordar imediatamente com o diagnóstico do residente, por exemplo, pode levar a um encerramento precoce da discussão.

d) Perseguir sempre a resposta certa: Estudantes e residentes de medicina são sempre treinados a perseguir a resposta exata e acham

que a falta de certeza é inaceitável; porém, a medicina ambulatorial lida com a incerteza, e muitas vezes decisões devem ser tomadas na ausência de informações completas (LESKY, 1995) . Conhecendo esta possibilidade, quem está aprendendo pode ser guiado a explorar alternativas e avaliar criticamente as informações, ao invés de procurar somente respostas exatas.

e) Deixar perguntas sem resposta: Perguntas podem ser respondidas em data oportuna, desde que haja uma cobrança para que o residente leia sobre o assunto e estipule-se um horário para a discussão. Esta tática encoraja a procura de métodos de aprendizado por conta própria.

4.2.3 Mostrar

a) Demonstração: ilustração ou explanação de vários procedimentos de uma maneira detalhada e ordenada. Isto é realizado de uma maneira mais eficaz seguindo-se alguns passos:

1. Saber o que já é de conhecimento do residente e usar este ponto como o de partida. É inútil gastar tempo no que o residente sabe e pode fazer.
2. Rever o procedimento com um diagrama ou verbalmente antes de começar no paciente.
3. Fornecer comentários por ocasião da realização do procedimento.
4. Comentar a variedade de abordagens de cada situação.
5. Ser claro e conciso.
6. Rever o procedimento após realizá-lo, e permitir perguntas.
7. Reservar tempo para as partes mais difíceis.

8. Chamar os residentes para examinar um paciente que apresenta algum achado clínico especial, que seja de difícil avaliação ou raro.

b) Servir de modelo: Consiste em facilitar o treinamento servindo de exemplo da atitude ou do conceito a ser aprendido. É uma ferramenta de ensino muito poderosa, utilizada em vários momentos, de maneira consciente ou não (IRBY, 1986). O residente observa e aprende o que o supervisor diz e faz, e tira lições a serem aprendidas. Vários aspectos são abordados quando o preceptor serve de modelo, entre eles: curiosidade intelectual; educação continuada; análise crítica da informação; atenção aos pacientes; cooperação e respeito mútuo entre as sub-especialidades e a Medicina Interna; interesses em associações profissionais, envolvimento com a comunidade e atividades não médicas e equilíbrio entre as responsabilidades profissionais, pessoais e familiares.

O supervisor deve não só expor a solução do problema, mas também a linha de raciocínio. Servir de exemplo é particularmente útil em ensinar tópicos das habilidades afetivas, como anamnese e avaliação de pacientes com doenças psicossomáticas.

5. ESTRATÉGIAS DE ENSINO NO AMBIENTE AMBULATORIAL

5.1 DISCUSSÃO DE CASOS

Tática mais utilizada; o residente atende o pacientes inicialmente e então apresenta a história, o exame físico e sugere o diagnóstico e a terapêutica. O orientador pergunta sobre questões que não ficaram claras e vai ao paciente para revisar os achados. Como a discussão ocorre entre cada atendimento e geralmente enquanto o paciente ainda está aguardando, esta será breve e focada (aproximadamente 3 minutos para residentes mais experientes e 10 minutos para novatos) (RUBENSTEIN, 1992). Este método funciona melhor com o residente inexperiente, por permitir um melhor controle do atendimento e menos ansiedade, já que o orientador estará sempre disponível. A avaliação do conhecimento e da capacidade de tomada de decisões pelo residente é realizada no momento de apresentação do caso, e sugestões rápidas no manejo dos pacientes podem estar indicadas. A obrigação legal de rever o paciente é sempre cumprida.

As limitações desta estratégia repousam no excesso de confiança que se deve ter na descrição do caso; existe uma limitação em investigar o conteúdo de conhecimento; restrição à autonomia do residente mais experiente e um consumo maior de tempo. Quanto ao supervisor, este nunca pode esquecer dos momentos de ensino e deve resistir a cobrir todos os pontos em um único paciente.

5.2 REVISÕES DE CASOS

Reservar um período após o ambulatório, para revisar todos os pacientes. O residente faz a apresentação sumária, explanando os achados de história e exame físico. O tempo de discussão de cada caso depende do mérito pedagógico.

Funciona melhor com residentes mais experientes e quando há pouco tempo para discussão entre os pacientes; aumenta a autonomia dos residentes e permite uma melhor avaliação da base teórica.

Os problemas envolvem a não avaliação do exame físico ou da anamnese, a total dependência da avaliação do residente, e a dificuldade dos residentes em início de estágio.

O supervisor deve lembrar os princípios de aprendizagem do adulto e dos objetivos pré-estabelecidos; sanar as dúvidas do dia; usar os residentes mais experientes; deixar os residentes saberem como estão indo; apresentar casos pessoais; se os casos do dia não forem particularmente interessantes, discutir sobre um tópico específico; utilizar técnicas de questionamento, dando tempo às respostas e envolver todos em todos os casos.

5.3 OBSERVAÇÃO DIRETA COM A PRESENÇA DO SUPERVISOR NA SALA

Indicada para supervisionar técnicas de exame físico, anamnese, organização, raciocínio clínico e atitudes.

O residente não necessita relatar a história, e a análise é feita pelo supervisor, de preferência com observações categorizadas, em uma lista de conferência. Limitações: toma muito tempo, aumenta a ansiedade de quem está sendo observado e a presença do orientador interfere com a relação médico-paciente.

5.4 USO DE PRONTUÁRIOS

5.4.1 Revisão de prontuários

Tática semelhante à revisão de casos, mas utiliza-se o prontuário ao invés da apresentação verbal pelo residente. São revisados a história e o exame físico, o

diagnóstico, os exames recomendados e o tratamento sugerido. A discussão abrange tanto os aspectos médicos do caso em questão como a anotação no prontuário *per se*. Esta estratégia está indicada para residentes mais experientes, com alto grau de autonomia. Com residentes que estão iniciando, serve para avaliar a qualidade dos prontuários. De fato, o prontuário serve como uma excelente ferramenta no controle de qualidade do atendimento.

As desvantagens ocorrem, pois a discussão fica inteiramente dependente da anotação do residente, não existe a avaliação de técnicas de entrevista ou de exame físico e existe pouca interferência no atendimento dos pacientes.

5.4.2 Questionário baseado no prontuário

Utilizado para revisar os processos de raciocínio clínico e tomada de decisões utilizados pelo residente durante a consulta. Exemplos de perguntas: “O que você estava pensando neste momento?”; “Por que pediu estes exames?”. É especialmente útil com os residentes desorganizados, com pobre gerenciamento do tempo de consulta e com dificuldades na tomada de decisões. Consiste em uma tática limitada pelo tempo (deve ser feito dentro de aproximadamente 48 horas depois da consulta) e pelo grau de ansiedade gerado. Recomenda-se o seu uso ocasional (uma vez a cada duas semanas); também pode ser usado em residentes experientes para estimular o processo de tomada de decisões.

5.4.3 Revisão criteriosa do prontuário

Quando a avaliação do prontuário é realizada somente pelo supervisor, através de critérios pré-estabelecidos listados em uma ficha. Os dados são fornecidos posteriormente ao residente na forma de avaliação. É indicado basicamente quando o tempo é curto, e não substitui bem os outros métodos. As vantagens: revisão da qualidade do prontuário; pode ser realizado a qualquer hora; a lista de critérios estimula uma avaliação mais elaborada e permite maior

autonomia ao residente mais experiente. Uma providência útil consiste em sempre fornecer, no início do treinamento, a ficha com os critérios de avaliação para o residente.

5.5 APRESENTAÇÃO DIDÁTICA BREVE

O residente fica encarregado de preparar uma revisão breve sobre um assunto específico. Usado quando existe uma deficiência bem específica na base de conhecimentos. Gera menos ansiedade, pois o assunto é preparado previamente. Útil para a prática dos métodos de apresentação e de aquisição de conhecimento. Sempre usar os casos para servir de base (aplicação imediata) e revisar partes específicas ao invés de grandes temas.

6. SITUAÇÕES ESPECIAIS NO RELACIONAMENTO COM OS RESIDENTES

Nenhuma das situações descritas a seguir é exclusiva do ensino ambulatorial (quadro 2); porém, no ensino um-a-um estas se tornam mais visíveis. Além disto, estes problemas, a nível de ambulatório, afetam diretamente o atendimento dos pacientes; nas enfermarias, a estrutura de grupo ajuda a diluir o problema, muitas vezes sem que o manejo global do paciente seja afetado.

Algumas diretrizes devem ser observadas no manejo destas situações:

- a) Começar a lidar com o problema assim que este se manifesta como tal.
- b) Documentar exemplos dos problemas, para ser o mais específico possível ao lidar com essas situações com os residentes.
- c) Reunir-se com os residentes e ouvir seu ponto de vista; discutir uma maneira de resolver o problema em conjunto.
- d) Lidar com a situação intervindo nos pontos-chave: o preceptor, o residente e o ambiente de ensino.
- e) Alguns problemas são relacionados com a personalidade do residente. O orientador não é um psicoterapeuta, e não deve tentar diagnosticar e tratar prováveis distúrbios de personalidade do indivíduo ; deve, sim, chamar a atenção para o problema, e orientá-lo, se for o caso, a procurar tratamento.
- f) Marcar uma data para fazer uma avaliação do progresso na solução dos problemas.
- g) Alguns problemas são evitáveis. Entendendo e aplicando os princípios de aprendizado, estes problemas poderão não ocorrer.
- h) Dificilmente haverá uma resolução completa do problema; no ambulatório, o tempo decorrido no encontro entre orientador e

residente é uma fração do total. Porém, um plano inicial de ação pode e deve ser elaborado.

i) Se existe uma situação repetindo-se com frequência, com residentes provenientes da mesma escola, o problema pode estar em algum comportamento adquirido no treinamento ou ensino básico. Uma aproximação sobre estes problemas com os próprios residentes ou com o coordenador do curso pode ajudar a identificar um fator comum, que possa ser corrigido.

Quadro 2: Problemas encontrados com os residentes

Quanto ao aprendizado clínico: Dificuldade de julgamento clínico. Pobre base de conhecimentos. Lentidão. Encerramento precoce da anamnese.
Relacionados ao paciente: Preconceitos. Evitar pacientes difíceis. Postura inapropriada.
Quanto à interação supervisor-residente: Agressividade. Defensividade quanto a erros e fraquezas. Perturbador do trabalho de grupo. Falta de responder às perguntas. Falta de propor planos de manejo. Adulação aos orientadores.
Problemas pessoais: Excesso de confiança. Excesso de envolvimento com os pacientes. Timidez em relação aos orientadores. Preguiça para trabalhar. Problemas psiquiátricos. Falta de auto-orientação para o aprendizado. Mentiras para o orientador. Abuso de drogas.

6.1 SITUAÇÕES NO APRENDIZADO CLÍNICO

6.1.1 Dificuldades no julgamento clínico

Consiste na dificuldade de tomar decisões lógicas, relevantes ou corretas, baseadas nas evidências. No processo de tomada de decisões clínicas, o conhecimento e a experiência ajudam o médico a tomar uma rota apropriada de ações. O residente com julgamento ruim tira falsas conclusões baseadas nos fatos disponíveis, elabora o diagnóstico que não corresponde às informações obtidas, faz uma interpretação inadequada de exames complementares, faz as prescrições de maneira inapropriada, confusa e arbitrária. Pode haver diagnóstico de condições menos severas em casos graves, e vice-versa.

Os fatores envolvidos podem ser: uma base de conhecimentos ruim, falta de experiência, ansiedade (relacionada a motivos pessoais ou ao ambiente de trabalho), sobrecarga de atividades e fadiga, falha em estabelecer prioridades, pensamento desorganizado e a não diferenciação entre condições triviais e severas.

No manejo destas dificuldades, deve-se discutir as preocupações com o residente e fornecer exemplos específicos; avaliar a base de conhecimentos e fazer orientações quanto aos pontos do caso que levaram ao diagnóstico; abordar a ansiedade de maneira clara (identificar a causa) e também o número de compromissos, tentando readequá-los, se necessário.

Uma excelente maneira de despertar a atenção do residente para o peso da evidência clínica é o ensino do conceito de prevalência e probabilidades (epidemiologia clínica) e estimular a lista de diagnósticos diferenciais, iniciando pelas patologias mais comuns.

6.1.2 Pobre base de conhecimentos

Quando o residente apresenta uma quantidade de conhecimentos

insuficientes para o nível de treinamento proposto, este torna-se incapaz de maneira repetitiva, de explicar conceitos básicos, fisiopatologia, diagnóstico diferencial e planos de avaliação e tratamento.

Pode haver também, por diferentes motivos, apenas uma lacuna no conhecimento específico de determinados temas, criando situações difíceis em alguns casos.

Um conhecimento teórico ruim geralmente decorre de um aproveitamento inferior do curso de Medicina; isto se deve a várias situações, como falta às aulas, ensino inadequado, hábitos de estudo equivocados, aprendizado dirigido às provas, problemas pessoais e familiares e atividades extra-curriculares intensas.

Algumas vezes o conhecimento existe, mas o orientador não elabora as perguntas de forma correta, é muito severo ou crítico, ou o residente é muito tímido para demonstrar todo o seu conhecimento.

Checar o currículo escolar ou uma conversa com um antigo supervisor são maneiras de identificar as causas de um conhecimento teórico insuficiente. Deve ser traçado juntamente com o residente um plano de estudos enquanto este estiver no ambulatório; o residente deve ficar livre para escolher um método de sua preferência, com o orientador fornecendo sugestões quanto às diversas fontes disponíveis. Sempre encorajar o residente a ler sobre um problema específico, logo depois do aparecimento deste, geralmente envolvendo um caso do ambulatório.

6.1.3 Lentidão

Ocorre quando o residente dispende um tempo excessivo na consulta, de maneira habitualmente não construtiva, causando um atraso no atendimento de todos os outros pacientes. A causa mais comum de lentidão deve-se ao fato de que todo caso clínico, de maneira quase constante, é multifatorial na abordagem. Há dificuldade do residente em focar os pontos mais importantes e deixar pontos secundários do atendimento para serem discutidos em uma outra ocasião. A falta de

conhecimento e experiência colaboram para este fato.

Chamar a atenção do residente para os pontos fundamentais do caso e de como realizar uma história clínica focada, habitualmente resolve o problema. Lembrar que uma orientação adequada ao paciente não necessariamente deve ser longa e complexa; uma explanação breve e clara, com espaço para perguntas, geralmente é a mais eficaz.

6.1.4 Encerramento precoce da entrevista

Existem duas situações onde isto é evidente; primeiramente durante a consulta, quando uma série de perguntas rapidamente fecha um diagnóstico e posteriormente na discussão do caso, quando uma opinião dominante é apresentada, com pouca consideração sobre diagnósticos diferenciais.

Pode haver uma dificuldade específica nas técnicas de anamnese, principalmente na elaboração de perguntas fechadas ou abertas; a falta de conhecimento teórico também colabora, pois neste caso o residente não sabe quais perguntas deve formular. Muitas vezes existe a necessidade de um diagnóstico precoce por parte do residente, geralmente por pressões de tempo e excesso ou falta de confiança.

Salientar ao residente de que muitas vezes no ambiente ambulatorial, o diagnóstico só é determinado após várias consultas, diminui a necessidade premente de um diagnóstico fechado. Sempre insistir, durante a discussão do caso, nos diagnósticos diferenciais e em quais perguntas deveriam ter sido feitas. A revisão do prontuário também é útil para indicar o momento aonde o diagnóstico foi fechado precocemente.

6.2 SITUAÇÕES RELACIONADAS COM OS PACIENTES

6.2.1 Preconceito

Ocorre quando o residente apresenta uma opinião pré-formada em relação à raça, sexo, opção sexual, religião, condição social do paciente e esta o impede de fazer uma análise do caso, aconselhamentos ou opção terapêutica que sejam adequados.

Os preconceitos habitualmente são atitudes adquiridas enquanto a criança cresce. Estes comportamentos são copiados de pais, parentes, amigos e colegas de escola. No ambulatório, o papel do orientador é de identificar atitudes que prejudiquem o atendimento dos pacientes, e não tentar mudar opiniões de longa data. Deve-se continuamente discutir com o residente sua responsabilidade ética com o paciente, e desenvolver estratégias para assegurar o bom atendimento. Servir de modelo no tratamento com os pacientes também é fundamental.

6.2.2 Evitar pacientes difíceis

Há certos grupos de pacientes que os residentes evitam atender, se possível. Estes incluem os velhos, as pessoas de nível sócio-econômico muito baixo, os pacientes prolixos, deficientes, dependentes e hostis. Os residentes criam várias formas para evitar os pacientes, e geralmente dispõem com estes o menor tempo possível.

A grande dificuldade aparece pelo fato de que o médico habitualmente não torna públicas as emoções variadas que estes pacientes evocam (por exemplo, saber que o paciente deve ser atendido naquele dia deixa o residente frustrado por toda a tarde). Uma maneira séria de abordar o problema consiste em tornar claro para o residente que estas reações são normais e até descritas frequentemente na literatura (GROVES, 1978; KLEIN, 1982).

6.2.3 Postura inapropriada

Podem existir conflitos no aprendizado se a aparência física, a vestimenta

ou outros problemas de imagem do residente são elementos dispersivos do ambiente. Isto envolve problemas de vestimenta inadequada, guarda-pós com sangue de procedimentos anteriores, higiene pessoal, entre outros. Alguns residentes mais jovens podem não conquistar a simpatia dos pacientes se seu modo de vestir for muito informal.

Habitualmente, o residente não percebe que sua aparência pessoal ou roupas estão inadequados; muitas vezes, não existem condições financeiras para roupas adequadas. Deve-se atentar para o fato de que um distúrbio psiquiátrico como a depressão pode induzir a uma diminuição dos cuidados pessoais.

O fato deve ser focado diretamente com o residente. Normas gerais de boa aparência devem ser estipuladas já no início do treinamento.

6.3 PROBLEMAS NA INTERAÇÃO ORIENTADOR-RESIDENTE

6.3.1 Agressividade com os orientadores

Alguns residentes não conseguem elaborar uma discussão sem entrar em debate franco e contra-argumentações constantes com o orientador.

As causas mais comuns para este tipo de comportamento são: uma dificuldade de submeter-se à autoridade por parte do residente, um conflito não resolvido entre a necessidade de orientação e a independência de atuação ou ainda problemas pessoais que são transferidos para o ambiente de trabalho.

O orientador deve novamente expor o problema de forma clara, avaliar se existe algum problema pessoal do residente ou deste em relação a algum membro da equipe. Deve-se salientar que a atitude do orientador é de ensino e não de controle sobre os atos médicos.

6.3.2 Defensividade quanto a erros e críticas

Consiste em tentativas repetidas de racionalizar erros, fraquezas e

deficiências de conhecimento, tirando do orientador o poder de resolução dos mesmos. Na época da avaliação, cada comentário negativo é explicado em detalhe, fornecendo a razão e as circunstâncias que resultaram no erro. Frequentemente, o ambiente e até mesmo outras pessoas são tomadas como geradoras de dificuldades.

O residente defensivo apresenta na maioria das vezes uma auto-crítica deficiente, baixa auto-estima e uma necessidade de aceitar somente a perfeição. Algumas vezes, o supervisor força o residente a ser defensivo, por ser particularmente crítico com o mesmo.

A melhor atitude consiste em não debater item por item das dificuldades que se apresentam. Deve ser traçado um novo plano de objetivos, para que o residente seja cobrado no final de um determinado período, e esteja em constante auto-avaliação.

Um ambiente de coleguismo, ao invés de acadêmico, permite uma melhor interação e aceitação de críticas por quem está aprendendo. O supervisor pode envolver os residentes quando discute um caso difícil com outros profissionais, para que eles sintam que o aprendizado ininterrupto é regra dentro da profissão, e que comentários de outras pessoas auxiliam no aprendizado.

6.3.3 Perturbador do trabalho em grupo

Residentes que durante apresentações ou discussões domina o ambiente por falar em demasia, fazer questões relevantes e/ou irrelevantes continuamente, ou com risadas e brincadeiras constantes.

Geralmente o residente tenta dominar o ambiente de discussão, por ser extrovertido por natureza, inseguro se suas opiniões serão ouvidas ou quando está em franca competição com outro membro do grupo ou com o próprio supervisor.

O manejo desta situação consiste em uma conversa privada com o residente (habitualmente este não percebe a sua conduta inadequada); canalizar a

eloquência e a disposição para uma posição de liderança dentro da discussão, resolve o dilema de uma maneira ainda melhor. Pode-se, por exemplo, colocá-lo para apresentar os casos ou formular as perguntas.

6.3.4 Residente que não responde às perguntas

Este é o residente que pouco oferece nas discussões em grupo; no ensino individual, oferece respostas simples, breves e evasivas e raramente responde somente com seu conhecimento.

O receio de demonstrar falhas no conhecimento habitualmente leva a este tipo de comportamento. O falar pouco pode decorrer ainda de aspectos de personalidade ou culturais; a conseqüência mais grave ocorre quando o supervisor fica impaciente com este residente e falha em estabelecer um ambiente suportivo, aonde haja liberdade de expressão ou permissão para erros.

Sempre é útil falar com o residente diretamente sobre como o supervisor pode ajudá-lo a vencer a timidez. Evitar perguntas que só podem ser respondidas com sim ou não, ser mais paciente e aplicar constantemente os princípios do ensino adulto são manobras auxiliares importantes.

6.3.5 Falta de propor planos de manejo

Muitas vezes o residente apresenta uma história clínica e exame físico de maneira correta, mas falha em propor uma avaliação diagnóstica e terapêutica, aguardando a opinião do orientador.

A pouca ênfase dada ao ensino do manejo clínico do paciente durante as fases iniciais do curso de medicina, favorecendo aspectos de fisiopatologia e de propedêutica, leva à falta de conhecimento do residente para propor soluções para o caso em discussão. Este deve ser guiado a saber que este tipo de conhecimento provém da experiência com pacientes e a leitura de textos e artigos relacionados.

6.3.6 Adulação aos orientadores

Quando o residente assume uma postura de educação excessiva, elogiosa ao extremo, exaltando constantemente as qualidades do supervisor, este na maioria das vezes, não aceita tal tratamento e tende a se afastar do residente ou passar com este o menor tempo possível.

Este tipo de personalidade surge no aprendiz que possui uma necessidade de ser apreciado e protegido, ou quando há um desejo de dividir a autoridade do supervisor, agregando-se a este de maneira insistente.

Geralmente, um agradecimento a um elogio e uma afirmação gentil de que não existe a necessidade de mais comentários servem para reestabelecer uma relação de ensino. Problemas maiores de personalidade são mais difíceis de serem abordados no curto espaço de tempo do ambulatório.

6.4 PROBLEMAS PESSOAIS

6.4.1 Excesso de confiança

O residente tenta funcionar como um médico com alto grau de experiência, atendendo rapidamente os pacientes, apresentando os casos com segurança, e apresentando um plano diagnóstico e terapêutico que muitas vezes estão incorretos. Tentativas de realizar procedimentos com os quais se tem pouca prática também resultam em erros, por vezes graves.

Este comportamento pode ser uma compensação por alguma deficiência que o aprendiz está desejando ocultar. A monitorização do atendimento deve ser realizada com cuidados redobrados, utilizando-se discussões, revisões de prontuário com ou sem a presença do residente; usando o método socrático, deve-se explorar em detalhe os planos diagnósticos e terapêuticos.

6.4.2 Excesso de envolvimento com os pacientes

Quando os pacientes e seus problemas exaurem o residente, quantidades grandes de tempo são gastas em uma relação muito mais familiar do que profissional. Existe um problema de demarcação, isto é, uma dificuldade de separar e definir os limites de responsabilidade.

Alguns residentes não conseguem definir seu papel como médicos e não conseguem delegar problemas para outros profissionais mais qualificados; muitas vezes, assumem que o tempo gasto com cada paciente é um benefício *per se*, e não um meio para se atingir um prognóstico favorável.

Demonstrar pessoalmente que os mesmos resultados podem ser obtidos em um intervalo menor de tempo, consiste em uma tarefa que o supervisor deve realizar constantemente dentro da discussão de casos.

6.4.3 Sobrecarga de compromissos

Fadiga constante, baixo rendimento e dificuldades de concentração podem se dever à sobrecarga de trabalho (muitos pacientes, muitas reuniões e visitas, envolvimento em outras atividades hospitalares), plantões em excesso e interesses extra-curriculares.

Estes residentes apresentam dificuldades em estabelecer prioridades e lidar com seu tempo; freqüentemente se ressentem do impacto da vida médica em suas atividades externas e tentam lidar com este problema através de uma sobrecarga de atividades extra-curriculares; deve-se estabelecer uma reunião com o residente envolvido e fazer uma análise detalhada de todas as atividades realizadas durante a semana (curriculares ou não), com discussão do impacto das mesmas na vida e no trabalho. Algumas vezes, a discussão gira em torno de prioridades e expectativas para a vida médica futura.

A maneira com a qual o supervisor administra o próprio tempo e atividades extra-curriculares serve como um exemplo diário e extremamente influente.

6.4.4 Timidez com colegas e supervisores

O residente reservado, que evita familiaridade ou contato com colegas tende a desenvolver-se bem com os pacientes, e o atendimento raramente é afetado; porém, o nível de aprendizado é sempre menor, pelo baixo nível de participação e de resposta a questionamentos.

Geralmente, a timidez é um traço difícil de ser abordado, por ser vinculado à personalidade. O ambiente deve ser mantido com um alto grau de coleguismo; um local de ensino muito formal, com pouca interação entre orientadores e aprendizes, inibe ainda mais o residente tímido.

6.4.5 Preguiça

A falta de cumprimento de tarefas, associado ao pouco interesse nas atividades didáticas, caracterizam o residente preguiçoso; as causas são múltiplas, incluindo desvios de personalidade e falta de motivação (geralmente induzida por interesses pessoais).

As expectativas do supervisor podem, por vezes, serem irreais em relação ao nível do residente, assim como a carga de trabalho do ambulatório.

Estabelecer firmemente com o residente os objetivos do treinamento no ambulatório, avaliar a carga de trabalho, assim como o nível de ansiedade e de integração com o grupo são estratégias para resolver o problema.

6.4.6 Problemas psiquiátricos

Residentes com baixo rendimento, nível de conhecimento inferior ou falta de envolvimento podem estar com um problema psiquiátrico, especialmente depressão. Há muita dificuldade de aceitação do problema por parte do médico em treinamento, por receio de discriminação por parte de supervisores, colegas e da própria família. Um ambiente estressante e competitivo pode colaborar para o desenvolvimento de problemas psicológicos.

Embora não seja papel do supervisor fazer um diagnóstico formal, ele deve alertar o residente do que parece estar acontecendo. Um tratamento formal deve ser realizado, para a melhora do padrão de trabalho e de conhecimento. Após a estabilização do quadro, o preceptor deve auxiliar na aquisição de aptidões porventuras delegadas.

6.4.7 Falta de auto-direcionamento de estudo

Muitas vezes no ensino ambulatorial, o residente depende do orientador como única fonte de conhecimentos, não fazendo uma procura independente de outros locais de consulta, e sempre formulando perguntas detalhadas sobre os vários casos, para esgotar todas as dúvidas no próprio ambiente de ensino.

A maioria dos seres humanos nasce com uma habilidade e um interesse inatos para aprender; o bebê está constantemente explorando e aprendendo em um ritmo muito rápido. O porquê de tantos aprendizes adultos chegarem ao ambiente ambulatorial esperando mais serem ensinados do que explorar e aprender é realmente intrigante. Especula-se que o sistema de ensino tradicional minimiza o desejo inato de aprender; quando a criança entra na escola, o material de aprendizado está previamente definido, e a maioria deste material é fornecido para o aluno pelo próprio professor. Isto continua pelo ensino secundário e também na escola de Medicina.

O residente necessita orientação quanto à aquisição de habilidades para o auto-aprendizado; uma boa maneira consiste em indicar onde o residente pode achar a resposta para a sua pergunta, e demarcar um prazo para a discussão em conjunto do que foi encontrado e de que maneira foram utilizadas as fontes de consulta.

6.4.8 Mentiras para os supervisores

A criação de situações enganosas para o supervisor varia desde relatar

partes do exame físico que não foram realizadas, até falta ao serviço com falsa motivação. Habitualmente o comportamento não chama a atenção inicialmente, mas a recorrência do fato ultimamente leva à identificação da falta.

A mentira pode servir a propósitos particulares ou ser uma via de escape para as responsabilidades. Numa situação mais crítica, existe a falta de senso de responsabilidade para com os pacientes, geralmente associado a problemas de personalidade.

Algumas vezes, os supervisores e a própria instituição colocam no residente uma demanda de conhecimento e habilidades muito acima de sua capacidade. Estes acham na mentira uma maneira de sobreviver. Professores e preceptores que incutem a percepção de que se deve saber tudo, de que não se pode cometer erros e que não se deve pedir ajuda podem levar o aprendiz a ser desonesto.

O manejo da situação deve ser uma discussão franca entre o residente e o supervisor, acessando problemas do residente e do ambiente de trabalho.

6.4.9 Uso de drogas

O residente pode apresentar algumas das manifestações claras do uso de drogas, como irritabilidade, tremores, absenteísmo, diminuição do rendimento, hálito alcoólico ou até mesmo overdose acidental. As substâncias utilizadas são as mesmas da população geral: *cannabis*, álcool, cocaína e benzodiazepínicos.

Deve-se ter em mente que os residentes e estudantes em todos os níveis de treinamento estão sujeitos à pressão intensa, fadiga, altas expectativas, medo de fracasso e acesso fácil a drogas legais.

O residente deve ser confrontado imediatamente se existe a suspeita de abuso de drogas. Em ato contínuo, encaminhado a um tratamento especializado, de preferência fora do local de trabalho, para se manter privacidade. A saúde do residente deve ser a prioridade; se a situação for corrigida, pode-se dar seguimento ao treinamento.

7. O SUPERVISOR

Em estudos que avaliaram a opinião de residentes sobre os supervisores de ensino ambulatorial, os fatores que melhor previram a eficácia dos mesmos foram o envolvimento no processo de ensino, estabelecimento dos objetivos de forma clara, estímulo a auto-educação e interação habilidosa com pacientes (IRBY, 1991).

Outros fatores freqüentemente apontados envolvem a existência de um amplo conhecimento teórico, o gosto pela prática de medicina generalista, a preocupação genuína com os pacientes, acessibilidade e entusiasmo.

Como já foi comentado, o maior impacto didático causado pelo supervisor é servir de modelo para os residentes; vários tópicos do conteúdo e principalmente atitudes podem ser acessadas desta maneira. O supervisor também colabora com o programa de residência, auxiliando o desenvolvimento do currículo, técnicas de ensino e pesquisa a nível ambulatorial.

Na maioria dos serviços, a supervisão dos ambulatórios de Medicina Interna é realizada por profissionais mais envolvidos com a prática médica e menos relacionados com a pesquisa científica; este habitualmente se acha deslocado do dia-a-dia do departamento. Para este profissional, manter-se atualizado com a informação médica que rapidamente se expande e com as complexidades do atendimento diário de pacientes, deixa pouco tempo para outras atividades (GREGANTI, 1990). O que se observa é que a baixa produtividade científica mantém estes profissionais fora dos níveis mais elevados nos departamentos de Medicina Interna, já que a promoção geralmente é feita de acordo com a produção científica. Ninguém é promovido por simplesmente ensinar, por vários motivos (DAVIDOFF, 1995). O ensino não gera um produto definido, como um artigo científico; é mais um processo do que uma finalidade. A excelência no ensino é reconhecida localmente; não existe um parâmetro nacional ou internacional, e nenhuma escola recebe uma

avaliação levando em conta a qualidade dos professores. Já a pesquisa pode ser julgada em todo o mundo, através de critérios pré-estabelecidos.

A excelência no ensino não deixa uma marca definitiva; seus efeitos logo se mesclam com outras influências. A qualidade de uma pesquisa é registrada publicamente e sua influência persiste por muito tempo. Uma boa pesquisa é indexada e citada por anos ou até décadas. Este fato mantém a qualidade da pesquisa, pois como esta se torna pública, pode ser discutida ou criticada à exaustão. Como o ensino consiste em um momento, a sua avaliação torna-se difícil. Não existe uma punição para o ensino fraudulento, como existe para a pesquisa. Na verdade, todos ensinam um pouco: o ambiente de aprendizado inicia-se no núcleo familiar e progride durante toda a vida. Desta maneira, intui-se que ensinar é tarefa fácil, e que todos podem fazê-lo de maneira adequada. Alguns aprendem sozinhos, e até duvidam que seja necessário um professor. A pesquisa não faz parte da vida diária; é contra-intuitiva, luta contra as experiências cotidianas, deturpações e *biases*; fica reservada a poucos, uma elite, e dessa forma é extremamente valorizada. O ensino envolve participação; os melhores professores são conhecidos por ficar nos bastidores, enquanto a pesquisa requer enorme esforço e sacrifício e é focada exclusivamente no pesquisador.

Sem de nenhuma maneira diminuir a importância da pesquisa para a estruturação dos departamentos de Medicina Interna (PERKOFF, 1986), vários autores estão iniciando um movimento requerendo um maior reconhecimento para o profissional que se dedica mais às atividades didáticas (PETERSDORF, 1993; PRASHKER, 1991; SHINE, 1986). Alguns defendem que a relação entre ensino e pesquisa deve ser mais independente, e que com o progresso intenso do conhecimento médico, a exigência de que o professor tenha uma tríplice atuação (ensino, pesquisa e atendimento) seja menos intensa (PETERSDORF, 1995; MENEGHINI, 1997; APM SUBSPECIALITY TASK FORCE, 1996). Fazer uma avaliação formal do desempenho e diferenciar a recompensa para os profissionais que queiram se

estabelecer no ensino, estimula a formação de um núcleo de ensino ambulatorial de alta qualidade.

8. AVALIAÇÃO

A avaliação consiste em um instrumento de orientação para o aprendiz , para o supervisor e para o responsável pela residência médica, tanto durante o andamento do treinamento quanto ao final do mesmo, não somente para avaliar se os objetivos previamente estabelecidos foram atingidos, mas se a qualidade do ensino foi mantida (BLAKE, 1995).

8.1 AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES

8.1.1 O que avaliar?

a) Objetivos que sejam determinados pela preceptoria da residência; a aquisição de competência mínima em conhecimentos, atitudes e habilidades próprios do atendimento ambulatorial.

Dois gupos básicos (VERHULST, 1986) :

a.1) Habilidades clínicas: História clínica, exame físico, identificação de problemas, raciocínio, manejo clínico, conhecimento teórico, hábitos independentes de estudo e habilidades em procedimentos.

a.2) Compromisso profissional: Relacionamento com pacientes, relacionamento com o grupo, confiabilidade, auto-crítica e estabilidade emocional.

b) Objetivos individuais de cada residente, estipulados entre este e o supervisor do ambulatório.

c) O desempenho geral do residente para o seu nível de treinamento.

8.1.2 Qual padrão utilizar?

A avaliação cumpre seus objetivos de maneira mais efetiva quando é estipulado um nível ótimo de desempenho nos vários campos de conhecimentos e habilidades; se este não estiver disponível a nível da residência médica, o supervisor do ambulatório deve desenvolver um “padrão-ouro” e utilizá-lo como base da avaliação.

8.1.3 Quando avaliar?

No início do estágio, o supervisor deve discutir os objetivos com os residentes e informar sobre o sistema de avaliação que é utilizado no ambulatório. De preferência, deve-se fornecer uma cópia da ficha de avaliação e de qualquer lista de critérios que for elaborada para servir como parâmetro de desempenho.

Durante o desenvolver do estágio, devem ser realizadas avaliações parciais que sejam discutidas com o residente, para que se possa modificar o plano inicial com base nas dificuldades encontradas.

No encerramento do período de permanência do residente, uma avaliação completa é realizada, informando-se ao residente se este obteve êxito em alcançar seus objetivos e também os estipulados pelo programa da residência. Devem ser identificadas áreas que necessitam de maior atenção, para serem incluídas precocemente no conjunto de objetivos gerais do residente. Sempre a avaliação deve ser feita pessoalmente, para posteriores discussões.

8.1.4 Como avaliar?

A obtenção de informações para a avaliação deve ser realizada de maneira contínua, durante todo o período de treinamento. Além das impressões pessoais, o supervisor deve procurar saber a opinião do restante da equipe, para detalhes individuais.

Uma boa tática consiste em solicitar ao residente que elabore uma auto-

avaliação, preenchendo a mesma ficha-padrão. Usando auto-crítica e comparando a sua avaliação com a do supervisor, o residente desenvolve uma melhor percepção de suas virtudes e de suas fraquezas.

Além dos quesitos objetivos, uma ficha-padrão deve ter espaço para comentários e recomendações gerais (*vide* anexo 3)

8.2 AVALIAÇÃO DOS SUPERVISORES

O supervisor deve constantemente revisar e melhorar suas capacidades como professor. Talvez a melhor fonte de informações sobre a qualidade da supervisão sejam os comentários dos residentes em estágio no ambulatório.

Estas informações podem ser obtidas informalmente, perguntando aos residentes sobre a experiência vivida no ambulatório. Mas na maioria das vezes os residentes se sentem inibidos em frente à esta tarefa, pelo receio de represálias pessoais ou desabonos na ficha de avaliação. Uma tática menos confrontadora consiste em preencher uma ficha de avaliação anônima (*vide* anexo 4), preferencialmente após os comentários finais sobre os residentes já terem sido lançados. As observações servirão para aperfeiçoar as capacidades didáticas dos supervisores. As habilidades em ensinar que serão avaliadas também serão de conhecimento prévio do supervisor e do residente.

8.3 PROBLEMAS A SEREM EVITADOS NA FASE DE AVALIAÇÃO

8.3.1 Não realização da avaliação

Todo residente realmente tem o desejo de saber como está evoluindo; perguntam-se de que maneira os supervisores qualificam sua atuação e desejam esta informação disponível assim que possível.

8.3.2 Efeito “halo”

O supervisor classifica todos em um mesmo nível, geralmente “bom”; ou alternativamente, marca a mesma nota a todas as categorias sendo avaliadas (por exemplo, um residente particularmente bom em um tipo de tarefa obtém notas altas em outras atribuições; ou um residente pode receber uma avaliação geral ruim, sendo adequado em alguns itens específicos). Poucos residentes são excepcionalmente bons ou ruins em todas as áreas.

8.3.3 Interferência de ordem pessoal

Obviamente um supervisor que tem diferenças pessoais com um residente, por quaisquer motivos, pode deixar estas interferirem na sua avaliação.

8.3.4 Confiança somente em avaliações finais

A avaliação deve ser um processo contínuo, que requer interações com os residentes em diversos momentos do treinamento ambulatorial. Uma avaliação final é útil, mas várias avaliações periódicas, com sugestões de mudanças, são muito mais proveitosas.

8.3.5 Dificuldade de identificar os residentes com dificuldade acima da média

Quando o supervisor tende a deixar passar erros graves de conduta sem informar o próprio residente e os preceptores responsáveis pela residência das dificuldades.

CONCLUSÃO

A residência médica é um momento crítico no desenvolvimento do médico; ao mesmo tempo que os residentes progressivamente assumem uma maior responsabilidade com os pacientes, estão resolvendo problemas relacionados com a identidade profissional e podem desenvolver atitudes persistentes em relação às características dos pacientes e a padrões de treinamento (HARRIS, 1985). Portanto, torna-se muito importante o reconhecimento sobre como os residentes estão vivenciando o seu treinamento e percebendo o futuro de sua profissão.

Os resultados do questionário aplicado mostram que os residentes ainda valorizam mais o treinamento clínico na enfermaria e nos locais de emergência (ambientes intra-hospitalares) do que o ambulatório. Vários motivos existem para esta preferência: estes locais rapidamente tornam o residente em um profissional apto para reconhecer vários níveis de gravidade dos doentes, para tomar decisões terapêuticas rápidas e obter resultados de maneira imediata. Outros fatores são estruturais: os locais tradicionais de treinamento são mais organizados e protocolados em termos de conduta, o que auxilia muito o médico iniciante.

Já no ambulatório, predomina a incerteza; muitas vezes o médico necessita tomar decisões sem uma base firme de informações, ou optar entre várias propostas terapêuticas que agirão de maneira diversa em diferentes pacientes. O controle do arsenal terapêutico fica dividido entre o paciente e o médico, de maneira totalmente diversa do hospital, aonde raras vezes o doente pode reagir a um tratamento proposto. O residente vê então ameaçada a sua "autoridade médica". Esquece que, como diz Stearns, "...o cuidado ambulatorial é um estudo na arte da negociação, persuasão e educação..." (STEARNS, 1993), fatores com os quais o residente em início de treinamento não está habituado a lidar.

As barreiras para uma maior valorização do ambulatório não se originam somente dos residentes. Muitas vezes, as instituições e departamentos

responsáveis oferecem empecilhos para um maior aproveitamento do residente no tratamento de pacientes externos (BENTLEY, 1989).

Estas dificuldades podem envolver aspectos financeiros, pois muitas vezes os ambulatórios recebem recursos diferenciados do treinamento hospitalar; departamentos aonde uma sub-especialidade predomina mais que outras têm dificuldade no gerenciamento de recursos, e habitualmente esta sub-especialidade termina por drenar uma quantidade maior de fundos em detrimento dos outros serviços (HONIG, 1993).

A dificuldade em deslocar professores das enfermarias para os ambulatórios ocorre porque estes também desenvolvem atitudes errôneas; muitos ainda consideram que se o residente é treinado para cuidar dos pacientes mais graves e complexos, a habilidade em manejar o menos doente é automaticamente adquirida. A impressão ainda existente que o ambulatório lida mais com intuição e que as abordagens mais genéricas e flexíveis não são passíveis de padronização e avaliação, sugere a estes profissionais que salientar o treinamento ambulatorial levaria a uma diminuição na qualidade do treinamento, produzindo um internista menos preparado e uma reputação de um ambiente menos competitivo e mais fraco (LINN, 1986; STEARNS, 1993).

Apesar do residente sentir-se melhor dentro do hospital, existe uma necessidade premente de uma melhor educação ambulatorial em Medicina Interna. O grau de eficácia de um clínico geral no ambulatório traduz sua eficácia como médico, pois 60-70% do seu tempo será dedicado ao cuidado de pacientes que não estarão internados. O treinamento em medicina ambulatorial também representa o treinamento em medicina custo-efetiva. No ambulatório, a investigação e o tratamento não podem ser realizados de maneira ampla e muitas vezes irrestrita, como aquela desenvolvida com o paciente internado em um hospital terciário. Os princípios de epidemiologia clínica devem ser refinados, para o resguardo dos recursos disponíveis. Com o custo crescente da prática médica, a cobrança por um

uso mais criterioso dos métodos diagnósticos e possibilidades terapêuticas será cada vez maior para o profissional, tanto no meio público como no privado. Obviamente, a ênfase no ambulatório não causa um rebaixamento no padrão da instituição. O ambiente ambulatorial é tão desafiador quanto o hospitalar (DOYLE, 1996).

Os residentes pesquisados em sua totalidade consideraram o ambulatório importante para a sua formação clínica e na sua maioria (91%) relataram que se sentem bem atendendo pacientes externos. Como, então, estimular o residente a aproveitar melhor o treinamento ambulatorial?

Expor os estudantes aos ambulatórios durante a graduação com certeza constitui um método bastante efetivo não só para habituá-los ao funcionamento do atendimento externo, mas também para demonstrar para o acadêmico o desafio da medicina generalista (PETESDORF, 1993). A análise dos dados do questionário demonstrou que a experiência em medicina ambulatorial influenciou 62% dos residentes a escolher a Medicina Interna como residência médica.

Deve-se reduzir o impacto do residente quando lida com o paciente ambulatorial, através de discussão sobre táticas de atendimento a pacientes difíceis, demonstrando que a dificuldade no atendimento pode acontecer com qualquer profissional, com qualquer nível de experiência.

Não parece haver problemas quanto à aceitação dos pacientes; se há o asseguramento de uma supervisão, estes gostam de ser atendidos pelos residentes (WARTMAN, 1992).

A utilização preferencial do esquema de atendimento continuado (ao invés de blocos mensais), como já mencionado, promove uma melhor adaptação do residente e uma experiência mais semelhante à prática real.

A instituição deve procurar promover professores que sirvam de modelos generalistas e estimular financeiramente tanto o ambulatório quanto o preceptor. O ambulatório tem que passar a ser uma área mais visada e reconhecida dentro do

próprio departamento.

O ambulatório combina as forças maiores da Medicina Interna (diagnóstico e tratamento de pacientes complexos) e da Medicina de Família (aspectos psico-sociais). A força emergente da Medicina de Família pode ser de grande ajuda na instrução dos residentes para habilidades específicas e treinamentos fora do hospital-escola (KIMBALL, 1995).

Um achado preocupante consiste no fato de que a maioria dos residentes tem a percepção de que está treinando no mesmo ambiente que encontrará no futuro profissional. Várias habilidades básicas são então relegadas, enquanto habilidades terciárias são mais enfocadas (MANDEL, 1988; McPHEE, 1987). Torna-se necessário salientar conhecimentos que devem ser obtidos, como medicina preventiva e psicossomática; sem dúvida, a melhor maneira de promover estes conhecimentos consiste em fornecer para o residente um ambiente de treinamento fora do hospital terciário (RAMSEY, 1996; GOODSON, 1986; NAPODANO, 1982).

O ensino ambulatorial não deve ser feito de maneira improvisada e desorganizada. Táticas para o preceptor e para a operacionalização do ambulatório são vitais. As propostas apresentadas devem servir de base para esta organização.

O médico que pratica Medicina Interna geral herda uma tradição de ser um mestre dos diagnósticos à beira do leito. Com o passar dos anos, esta herança foi largamente sobrepujada pelos avanços técnicos em outras sub-especialidades (BRYAN, 1995). Porém, a tecnologia não tem sucesso em retirar do médico generalista valores que devem acompanhá-lo sempre: empatia, independência, coragem, verdade, responsabilidade, curiosidade, eqüidade e bom humor. A prática da medicina a nível ambulatorial traz permanentemente à tona estes valores, e estes auxiliam o médico a fornecer ao paciente um cuidado mais humano, racional e responsável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTUS, Paul; FLANNERY, Michael T.; WALLACH, Paul M. et al. Declining Interest in Internal Medicine. **Arch Intern Med**, v. 152, p. 1374-1375, July 1992.
- AMERICAN GERATRICS SOCIETY. Curriculum Guidelines on the Care of the Elderly for Internal Medicine Residency Training Programs. **Am J Med**, v. 91, p.449-452, Nov.1991.
- ANDERSEN, Ronald M.; LYTTLE, Christopher S.; KOHRMAN, Claire H. et al. National Study of Internal Medicine Manpower: XIX. Trends in Internal Medicine Residency Training Programs. **Ann Intern Med**, v. 117, n. 3, p. 243-250, Aug. 1992.
- ANDERSON, Ronald J. Subspecialization in Internal Medicine: A Historical Review, na Analysis, and Proposals for Change. **Am J Med**, v. 99, p. 74-81, July 1995.
- APM SUBSPECIALTY TASK FORCE. The Future Role of Subspecialists in Departments of Internal Medicine. **Am J Med**, v. 100, p. 1-7, Jan. 1996.
- ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. AAMC Policy on the Generalist Physician . **Academic Medicine**, v. 68, n. 1, p. 1-5, Jan. 1993.
- BARROWS, Howard S. The Scope of Clinical Education. **J Med Educ**, v. 61, p. 23-33, 1986.
- BARSKY, Arthur J. Hidden Reasons Some Patients Visit Doctors. **Ann Intern Med**, v. 94 (Part 1), p. 492-498, 1981.
- BENTLEY, James D.; KNAPP, Richard M.; PETERSDORF, Robert G. Education in Ambulatory Care – Financing is one Piece of the Puzzle. **N Engl J Med**, v. 320, n. 23, p. 1531-1534, June 1989.
- BLAKE, Jennifer M.; NORMAN, Geoffrey R.; SMITH, E. Kinsey M. Report Card from McMaster: Student Evaluation at a Problem-based Medical School. **The Lancet**, v. 345, p. 899-902, April 1995.
- BLAND, Carole J.; MEURER, Linda N.; MALDONADO, George. Determinants of Primary Care Specialty Choice: A Non-statistical Meta-analysis of the Literature. **Academic Medicine**, v. 70, n. 7, p. 620-641, July 1995.
- BLANK, Linda; IBRAHIM, Tod. Unifying Internal Medicine: Criteria for Survival. **Am J Med**, v. 95, p. I-III, Dec. 1993.
- BORDAGE, Georges, BRAILOVSKY, Carlos; CARRETIER, Huguette et al. Content Validation of Key Features on a National Examination of Clinical Decision-making Skills. **Academic Medicine**, v. 70, n. 4, p.276-281, April 1995.
- BOYCE-SMITH, Gifford; ZIER, Bennett; DELLER JR, John J. Deficiencies in the Training of Internists. **The Western Journal of Medicine**, v. 127, n. 5, p. 450-452, 1977.

- BROOK, Robert H.; FINK, Arlene; KOSECOFF, Jacqueline et al. Educating Physicians and Treating Patients in the Ambulatory Setting. **Ann Intern Med**, v. 107, p. 392-398, 1987.
- BRYAN, Charles S. General Internal Medicine as a 21st Century Specialty: Perspectives of Community-Based Chairs of Medicine. **Am J Med**, v. 99, p. 1-3, July 1995.
- BURNUM, John F. What one Internist Does in his Practice. **Ann Intern Med**, v. 78, n. 3, p. 437-444, March 1973.
- CANTOR, Joel C.; BAKER, Laurence C.; HUGHES, Robert G. Preparedness for Practice. **JAMA**, v. 270, n. 9, p. 1035-1040, Sept. 1993.
- DALE, David C.; WALLACE, James F.; CLARK, Hugh et al. Restructuring an Internal Medicine Residency Program to Meet Regional and National Needs for General Internists. **Am J Med**, v. 70, p. 1085-1090, May 1981.
- DALEY, Jennifer; HARRINGTON, John T. The Characteristics of Training in Ambulatory Medicine in U. S. Residencies. **J Med Educ**, v. 60, p. 355-366, May 1985.
- DAVIDOFF, Frank. Why is Teaching Valued Less Than Research? **ACP Observer**, May 1995.
- DOYLE, Edward. Internal Medicine's New Curriculum. **ACP Observer**, Sept. 1996.
- EARP, Jo Anne; FLETCHER, Suzanne W.; O'MALLEY, Michael S. et al. Attitudes of Internal Medicine Subspecialty Fellows Toward Primary Care. **Arch Intern Med**, v. 144, p. 329-333, Feb. 1984.
- EISENBERG, John M. How can we pay for Graduate Medical Education in Ambulatory Care? **N Engl J Med**, v. 320, n. 23, p. 1525-1531, June 1989.
- EISENBERG, John M. The Internist as Gatekeeper. **Ann Intern Med**, v. 102, n. 4, p. 537-543, April 1985.
- ELLSBURY, Kathleen E.; BURACK, Jeffrey H.; IRBY, David M. et al. The Shift to Primary Care: Emerging Influences on Specialty Choice. **Academic Medicine**, v. 71, n. 10, p. S16-S18, Oct. Suppl. 1996.
- ESSEX-SORLIE, Diane. Interpreting Clinical Laboratory Tests. In: _____. **Medical Biostatistics & Epidemiology**. 1.ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1995. cap. 7.
- FALLON, Harold J. Residency Reform: A Perspective from the Association of Professors of Medicine. **Ann Intern Med**, v.116, n.2, p.1041, June 1992.
- FEDERATED COUNCIL FOR INTERNAL MEDICINE. General Internal Medicine and General Internists: Recognizing a National Need. **Ann Intern Med**, v. 117, n. 9, p. 778-779, Nov. 1992.
- FEDERMAN, Daniel D. A Perspective on Medical Student Education for Internal Medicine. **Ann Intern Med**, v. 114, n. 1, p. 90, Jan. 1991.

- FEDERMAN, Daniel D. Medical Education in Outpatient Settings. **N Engl J Med**, v. 320, n. 23, p. 1556-1557, June 1989.
- FIHN, Stephan D.; LARSON, Eric B.; FRIEDMAN, Robert H. et al. Ambulatory Care Research in the VA: Present Status and Recommendations for the Future. **Academic Medicine**, v.64, n. 10, p. S35-S43, Oct. Suppl. 1989.
- FLETCHER, Robert H.; FLETCHER, Suzanne W. Teaching Preventive Medicine and Health Maintenance. **Ann Intern Med**, v. 116, n. 12 (part 2), p. 1094-1098, June 1992.
- GASPERIN, Carlos A. **Avaliação de uma Residência**. Relatório elaborado para o Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1996.
- GOLDBERG, Harold I.; MARTIN, Diane P.; CHRISTENSEN, Dale B. et al. The Health of the Public Program at the University of Washington: A New Role for Academic Medical Centers. **Academic Medicine**, v. 66, n. 9, p.499-505, Sept.1991.
- GOODSON, John D.; GOROLL, Allan H.; BARSKY, Arthur J. et al. The Training of Physicians Outside the Hospital. **Arch Intern Med**, v. 146, p. 1805-1809, Sept. 1986.
- GREGANTI, M. Andrew. Where Are the Clinical Role Models? **Arch Intern Med**, v. 150, p. 259-261, Feb. 1990.
- GROVES, James E. Taking Care of the Hateful Patient. **N Engl J Med**, v. 298, n. 16, p. 883-887, 1978.
- GUINZBERG, Alberto L. La Modernización de la Clínica. **Gaceta Medica de Mexico**, v. 129, n. 2, p. 105-108, Marzo-Abril 1993.
- HARRIS, Ilene B.; RICH, Eugene C.; CROWSON, Terry W. Attitudes of Internal Medicine Residents and Staff Physicians Toward Various Patient Characteristics. **J Med Educ**, v. 60, p. 192-195, Mar. 1985.
- HAYASHI, Steven A. ; HAYDEN , Barbara B.; YAGER, Joel et al. Graduate Medical Education in Ambulatory Care. **Academic Medicine**, v. 64, n. 10, p. S16-S21, Oct. Suppl. 1989.
- HERSHEY, Charles O. ; REED, Pamela D.; JAMES, Paul et al. Experience with Community Academic Practice: Strategies for the Ambulatory Education of Residents. **Am J Med**, v. 99, p. 530-536, Nov. 1995.
- HONIG, Stephen. Build and They Will Come. **Am J Med**, v. 95, p. 229-230, Aug. 1993.
- IRBY, David M. Clinical Teaching and the Clinical Teacher. **J Med Educ**, v. 61(part2), p. 35-45, 1986.
- IRBY, David M.; RAMSEY, Paul G.; GILLMORE, Gerald M. et al. Characteristics of Effective Clinical Teachers of Ambulatory Care Medicine. **Academic Medicine**, v. 66, n. 1, p. 54-55, Jan. 1991.

- KAPLAN, Sherrie H.; GREENFIELD, Sheldon; GANDEK, Barbara et al. Characteristics of Physicians with Participatory Decision-Making Styles. **Ann Intern Med**, v. 124, n. 5, p. 497-504, Mar. 1996.
- KARPF, Michael; LEVEY, Gerald S. Training Primary Care Physicians, **Ann Intern Med**, v. 116, n. 6, p. 514-515, Mar. 1992.
- KERN, Donald C.; PARRINO, Thomas A.; KORST, Donald R. The Lasting Value of Clinical Skills. **JAMA**, v. 254, n. 1, p. 70-76, July 1985.
- KIMBALL, Harry R.; YOUNG, Paul R. Educational Resource Sharing and Collaborative Training in Family Practice and Internal Medicine. **JAMA**, v. 273, n.4, p. 320-322, Jan. 1995.
- KINDIG, David A.; CULTICE, James M.; MULLAN, Fitzhugh. The Elusive Generalist Physician. **JAMA**, v. 270, n. 9, p. 1069-1073, Sept.1993.
- KLEIN, David; NAJMAN, Jakob; KOHRMAN, Arthur F. et al. Patient Characteristics that Elicit Negative Responses from Family Physicians. **J Fam Pract**, v. 14, n. 5, p. 881-888, 1982.
- KOSECOFF, Jacqueline; BROOK, Robert H.; FINK, Arlene et al. Providing Primary General Medical Care in University Hospitals: Efficiency and Cost. **Ann Intern Med**, v. 107, p. 399-405, 1987.
- KROENKE, Kurt. Ambulatory Care: Practice Imperfect. **Am J Med**, v. 80, p. 339-342, Mar. 1986.
- KROENKE, Kurt. The Case Presentation: Stumbling Blocks and Stepping Stones. **Am J Med**, v. 79, p.605-609, Nov. 1985.
- LESKY, Linda G.; BORKAN, Steven C. Strategies to Improve Teaching in the Ambulatory Medicine Setting. **Arch Intern Med**, v. 150, p. 2133-2137, Oct. 1990.
- LESKY, Linda G.; HERSHMAN, Warren Y. Practical Approaches to a Major Educational Challenge. **Arch Intern Med**, v. 155, p. 897-904, May 1995.
- LEWIS, Charles E.; CLANCY, Carolyn; LEAKE, Barbara et al. The Counseling Practices of Internists. **Ann Intern Med**, v. 114, n. 1, p. 54-58, Jan. 1991.
- LINK, Kurt; BUCHSBAUM, David. An Agenda for Residency Training in Ambulatory Care. **J Med Educ**, v. 59, p. 494-500, June 1984.
- LINN, Lawrence S.; BROOK, Robert H.; CLARK, Virginia A. et al. Evaluation of Ambulatory Care Training by Graduates of Internal Medicine Residencies. **J Med Educ**, v. 61, p. 293-302, April 1986.
- MANDEL, Jeffrey H.; RICH, Eugene C.; LUXENBERG, Michael G. et al. Preparation for Practice in Internal Medicine. **Arch Intern Med**, v. 148, p. 853-856, April 1988.
- MATTHEUS, Dale A.; VOYTOVICH, Anthony E. An Appraisal of Goals for Residency Training in Internal Medicine. **J Med Educ**, v. 60, p. 536-544, July 1985.

- McCUE, Jack D. Training Internists: Insights from Private Practice. **Am J Med**, v. 71, p. 475-479, Sept. 1981.
- McPHEE, Stephen J.; MITCHELL, Thomas F.; SCHROEDER, Steven A. et al. Training in a Primary Care Internal Medicine Residency Program. **JAMA**, v. 258, n. 11, p. 1491-1495, Sept. 1987.
- MENEZHINI, Rogério. A Indissociabilidade entre ensino e pesquisa. **Folha de São Paulo**, 31 março 1997.
- MITCHELL, Wayne D.; THOMPSON, Troy L. Attitudes of Internists in Practice Toward Their Ambulatory Care Education. **J Med Educ**, v. 60, p. 415-417, May 1985.
- MORGAN Jr, William L. The Environment for General Clinical Education. **J Med Educ**, v. 61, p. 47-58, 1986.
- NAPODANO, Rudolph J.; SCHUSTER, Barbara L.; KRACKOV, Sharon K. et al. Use of Private Offices in Education of Residents in Internal Medicine. **Arch Intern Med**, v. 144, p. 303-306, Feb. 1984.
- NAPODANO, Rudolph J.; YOUNG, Lawrence E. The University of Rochester Associated Hospitals Program in Internal Medicine. **Am J Med**, v. 72, p. 945-950, June 1982.
- NELSON, Roger L.; McCAFFREY, Lee Ann; NOBREGA, Fred T. et al. Altering Residency Curriculum in Response to a Changing Practice Environment: Use of the Mayo Internal Medicine Residency Alumni Survey. **Mayo Clin Proc**, v. 65, p. 809-817, 1990.
- O'DELL, David V.; SITORIUS, Michael A. A New Approach to Training Primary Care Physicians: A Four-year Combined Internal Medicine-Family Practice Residency for Seniors. **Academic Medicine**, v. 67, n. 2, p. 88-89, Feb. 1992.
- OSWALD, Nigel. Why not Base Clinical Education in General Practice? **The Lancet**, v. 2, p. 148-149, July 1989.
- PAPA, Frank J.; SHORES, Jay H.; MEYER, Steve. Effects of Pattern Matching, Pattern Discrimination, and Experience in the Development of Diagnostic Expertise. **Academic Medicine**, v. 65, n. 9, Sept. suppl. 1990.
- PERKOFF, Gerald T. Teaching Clinical Medicine in the Ambulatory Setting. **N Engl J Med**, v. 314, n. 1, p. 27-31, Jan. 1986.
- PETERSDORF, Robert G.; GOITEIN, Lara. The Future of Internal Medicine. **Ann Intern Med**, v. 119, n. 11, p. 1130-1137, Dec. 1993.
- PETERSDORF, Robert G.; TURNER, Kathleen S. Medical Education in the 1990s – and Beyond: A View from the United States. **Academic Medicine**, v. 70, n. 7, p. S41-S47, July Suppl. 1995.
- PHILBRICK, John T.; CONNELLY, Julia E.; CORBETT, Eugene C. et al. Restoring Balance to Internal Medicine Training: The Case for the Teaching Office Practice. **Am J Med Sci**, v. 299, n. 1, p. 43-49, 1990.

- PRASHKER, Mark J.; MEENAN, Robert F. Subspecialty Training: Is it Financially Worthwhile? **Ann Intern Med**, v. 115, p.715-719, 1991.
- PRUESSNER, Harold T.; HENSEL, William A .; RASCO, Teresa L. The Scientific Basis of Generalist Medicine. **Academic Medicine**, v. 67, n. 4, p. 232-235, April 1992.
- QUIRK, Mark; STYLE, Alec; LASSER, Daniel. Family Practice and Internal Medicine Residents' Values Related to Future Medical Practices. **J Med Educ**, v. 60, p. 138-140, Feb. 1985.
- RACHID, Acir. **A História da Clínica Médica na Universidade Federal do Paraná**. Monografia elaborada para o Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1992.
- RAMSEY, Paul. An Update on the APM Medical Education Curriculum Committee. **Am J Med**, v. 96, p. I-IV, Feb.1996.
- RÉA NETO, Álvaro. **A Aplicação do Método Científico no Processo de Solução dos Problemas Clínicos**. Curitiba, 1994. Dissertação (Mestrado em Medicina Interna) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.
- REUBEN, David B.; Mc CUE, Jack D.; GERBERT, Barbara. The Residency-Practice Training Mismatch. **Arch Intern Med**, v. 148, p. 914-919, April 1988.
- REYNOLDS, P. Preston. Professionalism in Residency. **Ann Intern Med**, v. 114, n. 1, p. 91-92, Jan. 1991.
- RUBENSTEIN, Warren; TALBOT, Yves. **Medical Teaching in Ambulatory Care. A Practical Guide**. 1. Ed. New York: Springer Publishing Company, 1992.
- SANTOS, V.M.; SANTOS, L.A . M. Clínicos Gerais: Desafios e Perspectivas. **Jornal do Clínico**, v. 3, n. 12, p. 5-6, Abril/Maio/Junho 1996.
- SATCHER, David. Book Review-Textbook of Primary Care Medicine. **N Engl J Med**, v. 336, n. 15, p. 1110, April 1997.
- SAULTZ, John W. Reflections on Internal Medicine and Family Medicine. **Ann Intern Med**, v. 124, n. 6, p. 600-603, Mar. 1996.
- SCHATZ, Irwin J. Ambulatory Care Training. **Arch Intern Med**, v. 145, p. 1255-1256, July 1985.
- SCHECHTER, Geraldine P.; BLANK, Linda L.; GODWIN Jr, Herman A . et al. Refocusing on History-taking Skills During Internal Medicine Training. **Am J Med**, v.101, p. 210-216, Aug. 1996.
- SCHRIER, Robert. Geriatrics in Departments of Internal Medicine: Summary of APM Geriatrics Curriculum Development Conference. **Am J Med.**, v. 97, p. I-VII, Sep. 1994.
- SCHROEDER, Steven A .; SHOWSTACK, Jonathan A .; GERBERT, Barbara. Residency Training in Internal Medicine: Time for a Change? **Ann Intern Med**, v. 104, n. 4, p. 554-561, April 1986.

- SCHROEDER, Steven A. The Troubled Profession: Is Medicine's Glass Half Full or Half Empty? **Ann Intern Med**, v. 116, n. 7, p. 583-592, April 1992.
- SCHUSTER, Barbara L. The Matrix of Ambulatory Education. **Ann Intern Med**, v. 116, n. 12 (part 2), p. 1076-1079, June 1992.
- SCHWARTZ, J. Sanford; LEWIS, Charles E.; CLANCY, Carolyn et al. Internists' Practices in Health Promotion and Disease Prevention. **Ann Intern Med**, v. 114, n. 1, p. 46-53, Jan. 1991.
- SCHWARTZ, Mark D.; LINZER, Mark; BABBOTT, David et al. Medical Student Interest in Internal Medicine. **Ann Intern Med**, v. 114, n. 1, p. 6-15, Jan. 1991.
- SHINE, Kenneth I. Innovations in Ambulatory-Care Education. **N Engl J Med**, v. 314, n. 1, p. 52-53, Jan. 1986.
- SLEDGE, William H.; LIEBERMAN, Paul B.; REISER, Lynn W. Teaching About the Doctor-Patient Relationship in the First Postgraduate Year. **J Med Educ**, v. 62, p. 187-190, March 1987.
- SOX JR, Harold C.; SCOTT, H. Denman; GINSBURG, Jack A. The Role of the Future General Internist Defined. **Ann Intern Med**, v. 121, n. 8, p. 616-622, Oct. 1994.
- STAGNARO-GREEN, Alex; PACKMAN, Charles; BAKER, Elizabeth et al. Ambulatory Education: Expanding Undergraduate Experience in Medical Education. A CDIM Commentary. **Am J Med**, v. 99, p. 111-115, Aug. 1995.
- STEARNS, J. A. ; GLASSER, M. How Ambulatory Care is Different: A Paradigm for Teaching and Practice. **Medical Education**, v. 27, p. 35-40, 1993.
- STOECKLE, John D.; LEAF, Alexander; GROSSMAN, Jerome H. et al. A Case History of Training Outside the Hospital and its Future. **Am J Med**, v. 66, p. 1008-1014, June 1979.
- VERBY, John E.; SCHAEFER, Mark T.; VOEKS, Randall S. Learning Forestry Out of the Lumberyard. **JAMA**, v. 246, n. 6, p. 645-647, Aug. 1981.
- VERHULST, Steven J.; COLLIVER, Jerry A. ; PAIVA, Rosalia E. A. et al. A Factor Analysis Study of Performance of First-Year Residents. **J Med Educ**, v. 61, p. 132-134, Feb. 1986.
- WARTMAN, Steven A. ; O'SULLIVAN, Patricia S.; CYR, Michele G. Ambulatory-based Residency Education: Improving the Congruence of Teaching, Learning, and Patient Care. **Ann Intern Med**, v. 116, n. 12 (part 2), p. 1071-1075, June 1992.
- WIEBE, Christine. Just do it: Testing the Waters of Private Practice. **ACP Observer**, Jan. 1996.
- WISDOM, Kimberlydawn, GRUPPEN, Larry D.; ANDERSON, David S. et al. Internal Medicine Ambulatory-care-based Education: A Comparison of Three Models. **Academic Medicine**, v. 68, n. 10, p. S34-S36, Oct. Suppl. 1993.
-

- XAKELLIS, George C.; GJERDE, Craig L.; XAKELLIS, Michael G. et al. A Break-even Analysis of Optimum Faculty Assignment for Ambulatory Primary Care Training. **Academic Medicine**, v. 71, n. 12, p. 1337-1343, Dec. 1996.
- XAKELLIS, George C.; GJERDE, Craig. Ambulatory Medical Education: Teachers' Activities, Teaching Cost, and Residents' Satisfaction. **Academic Medicine**, v. 70, n. 8, p. 702-707, Aug. 1995.
- YONKE, Annette M.; FOLEY, Richard P. Overview of Recent Literature on Undergraduate Ambulatory Care Education and a Framework for Future Planning. . **Academic Medicine**, v. 66, n. 12, p. 750-755, Dec. 1991.

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO

ESTE QUESTIONÁRIO FAZ PARTE DE UMA MONOGRAFIA DE MESTRADO EM MEDICINA INTERNA. AGRADECEMOS SUA COLABORAÇÃO E SOLICITAMOS QUE PERGUNTE A QUEM ESTÁ APLICANDO O QUESTIONÁRIO SOBRE QUALQUER PONTO QUE ACHE DUVIDOSO.

IDADE: _____

UNIVERSIDADE EM QUE SE FORMOU: _____

SEXO: (1) Fem.
(2) Masc.

ESTADO CIVIL
(1) Solteiro
(2) Casado
(3) Amigado
(4) Divorciado
(5) Separado
(6) Viúvo

Escolha entre uma das seguintes opções, marcando o número escolhido:

1) Sua função atual na Residência Médica é:

- (1) R-1
- (2) R-2
- (3) R-1 já selecionado para subespecialidade (Dermatologia ou Neurologia)
- (4) R-2 já em subespecialidade

2) Se R-1:

- (1) Deseja entrar para subespecialidade a partir do R-2.
- (2) Deseja completar dois anos de Clínica Médica e sair da residência.
- (3) Deseja completar dois anos de Clínica Médica e fazer subespecialidade a partir do R-3.
- (4) Deseja completar dois anos de Clínica Médica e fazer terceiro ano de residência em clínica médica.
- (5) Já está selecionado (Dermato ou Neuro)
- (8) Não sei.

3) Se R-2:

- (1) Deseja sair da residência no final do ano.
- (2) Deseja entrar para subespecialidade.
- (3) Deseja fazer terceiro ano em Clínica Médica.
- (8) Não sei.

4) Qual foi a influência de sua experiência em atendimento ambulatorial, durante o curso de Medicina, na escolha da Clínica Médica como Residência Médica?

- (1) Influência muito positiva.
- (2) Influência pouco positiva.
- (3) Não influenciou.
- (8) Não sei.

5) Qual a sua opinião sobre a importância do treinamento em Medicina Interna a nível ambulatorial?

- (1) Muito importante.
- (2) Importante.
- (3) Indiferente.
- (4) Pouco importante.
- (5) Não importante.
- (6) Não sei.

6) Qual a sua opinião sobre a qualidade atual do treinamento ambulatorial em Medicina Interna na sua Residência de Clínica Médica?

- (1) Ótimo.
- (2) Bom.
- (3) Regular.
- (4) Ruim.
- (5) Muito ruim.
- (8) Não sei.

7) Qual é o seu nível de dificuldade da aplicação de conhecimentos teóricos a nível ambulatorial?:

- (1) Muito fácil.
- (2) Fácil.
- (3) Média dificuldade.
- (4) Difícil.
- (5) Muito difícil.
- (8) Não sei.

8) De 1 (muito importante) até 4 (pouco importante), qual é a importância destes itens dentro do atendimento ambulatorial? (circule um número para cada item):

	<u>Importância</u>			
	Alta		Baixa	
Desenvolvimento de raciocínio clínico.	1	2	3	4
Exploração de aspectos preventivos e de profilaxia.	1	2	3	4
Exploração de aspectos psicossociais.	1	2	3	4
Produção científica.	1	2	3	4
Relação médico-paciente.	1	2	3	4
Solução do problema atual.	1	2	3	4
Treinamento em tratamento participativo. (discutir opções de tratamento com o paciente)	1	2	3	4
Outros (especifique): _____				

9) Qual o seu nível de habilidade pessoal (sentir-se seguro e à vontade) para abordar os seguintes problemas a nível ambulatorial?: Para cada item, marque um X na linha que melhor representa sua opinião:

	Grande habilidade (1)	Média habilidade (2)	Pouca habilidade (3)	Nenhuma habilidade (4)
Exames de rotina	—	—	—	—
Prevenção de neoplasias	—	—	—	—
Vacinas para adultos	—	—	—	—
Tabagismo	—	—	—	—
Uso de álcool	—	—	—	—
Uso de drogas	—	—	—	—
Fatores de risco para SIDA	—	—	—	—
Questões psico-sociais	—	—	—	—

Tratamento participativo
(discutir opções de
tratamento com
o paciente)

— — — —

Nomes comerciais de medicações

— — — —

10) Qual a sua opinião sobre o uso de protocolos pré-estabelecidos de atendimento ambulatorial?:

- (1) Muito favorável.
- (2) Favorável.
- (3) Neutro
- (4) Desfavorável.
- (5) Muito desfavorável
- (8) Não sei.

11) Quanto tempo deveria ser reservado para cada paciente em um ambulatório de Medicina Interna dentro da residência?

- (1) Menos de 10 minutos.
- (2) 10 minutos.
- (3) 20 minutos.
- (4) 30 minutos.
- (5) 40 minutos.
- (6) 50 minutos.
- (7) Mais de 50 minutos.
- (8) Não sei.

12) Na sua opinião, em que área de atuação dentro da Residência existe o maior treinamento em “relação médico-paciente”?

- (1) Ambulatórios.
- (2) Enfermarias.
- (3) Emergência/PA.
- (4) Atividades teóricas.
- (5) Não existe diferença entre a intensidade de treinamento.

13) Na sua opinião ,qual a formação mínima ideal para um supervisor de ambulatório de Medicina Interna?

- (1) Médico com prática em Clínica Médica, sem residência.
- (2) Residência em Clínica Médica.
- (3) Residência em Clínica Médica e subespecialidade.
- (4) Docente com formação em Medicina Interna.
- (5) Docente com formação em Medicina Interna e subespecialidade.
- (8) Não sei.

14) Na sua opinião ,qual a intensidade ideal de participação do supervisor de um ambulatório de Medicina Interna?:

- (1) Discutir todos os casos.
- (2) Discutir os casos selecionados pelo residente.
- (3) Discutir os casos previamente selecionados pelo supervisor.
- (4) Indiferente.
- (8) Não sei.

15) Qual o seu grau de satisfação pessoal em praticar Medicina Interna a nível ambulatorial?

- (1)Muito alto.
- (2) Alto.
- (3) Médio.
- (4) Baixo.
- (5) Nenhum.
- (8) Não sei.

16) Marque com um X o seu grau de satisfação com a qualidade do treinamento nos diversos componentes do programa de residência médica :

	Grau de satisfação:				
	Muito alto	Alto	Médio	Baixo	Muito baixo
Atividades teóricas.	—	—	—	—	—
Ambulatórios.	—	—	—	—	—
Emergência/PA	—	—	—	—	—
Enfermarias.	—	—	—	—	—

17) Coloque em ordem decrescente de importância (1 para o mais importante, 4 para o menos importante) os quatro níveis de atividades na Residência de Clínica Médica (na sua opinião).

- () Ambulatórios.
 () Atividades teóricas.
 () Emergência/PA.
 () Enfermarias.

18) De 1 (muito representativa) até 4 (pouco representativa), na sua opinião, qual é o grau de representatividade de sua residência em relação a prática diária de um Clínico Geral após a residência?

	<u>Representatividade</u>			
	Alta		Baixa	
Tipo de população	1	2	3	4
Tipo de patologias	1	2	3	4
Tempo com pacientes internados X ambulatoriais	1	2	3	4
Possibilidades diagnósticas (testes, exames)	1	2	3	4
Possibilidades terapêuticas	1	2	3	4

Se R-2:

19) O grau de aproveitamento foi maior no ambulatório de Medicina Interna do segundo ano do que no do primeiro?

- () Sim.
 () Não.

20) Em caso de resposta positiva à pergunta anterior, marque um X na linha que melhor representa sua opinião em relação aos motivos que tornam o ambulatório do segundo ano melhor do que o do primeiro ano:

	Concordo Fortemente (1)	Concordo (2)	Neutro (3)	Discordo (4)	Discordo Fortemente (5)
Maior conhecimento teórico por parte do residente.	—	—	—	—	—
Melhor supervisão.	—	—	—	—	—
Melhor grau de interação com o supervisor.	—	—	—	—	—

Melhor população de pacientes (maior diversidade).	—	—	—	—	—
Maior segurança na história clínica e no exame físico.	—	—	—	—	—
Melhor relação médico paciente.	—	—	—	—	—
O fato do ambulatório ser semanal ao invés de “blocos” mensais.	—	—	—	—	—
Maior habilidade em acessar questões psico-sociais do paciente.	—	—	—	—	—
Maior habilidade em acessar aspectos preventivos e de profilaxia.	—	—	—	—	—
Maior responsabilidade para com o paciente.	—	—	—	—	—
Menor número de pacientes	—	—	—	—	—
Maior possibilidade de rever pacientes	—	—	—	—	—
Outros (especifique):	_____				

21) O seu grau de satisfação pessoal foi maior com algum dos ambulatórios de subespecialidades do que com o ambulatório de Medicina Interna?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (3) Indiferente.
- (8) Não sei.

22) Em caso de resposta positiva à pergunta anterior, marque um X na linha que melhor representa sua opinião em relação aos motivos que tornam o ambulatório de subespecialidades melhor do que o de Medicina Interna.

	Concordo Fortemente (1)	Concordo (2)	Neutro (3)	Discordo (4)	Discordo Fortemente (5)
Melhor preparo dos supervisores	—	—	—	—	—
Atenção dirigida a um órgão ou sistema.	—	—	—	—	—
Uso de protocolos pré-estabelecidos	—	—	—	—	—
Menor população de pacientes	—	—	—	—	—
Interesse pessoal em determinada especialidade	—	—	—	—	—
Outros(especifique):	_____				

ANEXO 2

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A OPINIÃO DE RESIDENTES DO 1º E 2º ANOS
Pesquisador: Dr. Eduardo S. Paiva

R1 = Médico Residente do 1º ano

R2 = Médico Residente do 2º ano

F = Sexo feminino

M = Sexo masculino

UFPR = Médico Graduado na UFPR

NÃO UFPR = Médico Graduado fora da UFPR

Idade Média (anos):

	R1	R2	GERAL
F	25.00	26.60	25.94
M	26.12	26.50	26.24
GERAL	25.79	26.56	26.12

	R1	R2	GERAL
UFPR	26.06	26.80	26.35
NÃO UFPR	25.00	26.00	25.40
GERAL	25.79	26.56	26.12

Estado Civil:

	FREQ	%
Solteiro	35	83.33
Casado	5	11.90
Amigado	1	2.38
Divorciado	0	0.00
Separado	1	2.38
Viúvo	0	0.00
Total	42	100.00

Sexo:

	R1	R2
F	7 (29.17%)	10 (55.56%)
M	17 (70.83%)	8 (44.44%)
TOTAL	24 (100.00%)	18 (100.00%)

Graduação:

	R1	R2
UFPR	18 (75.00%)	13 (76.47%)
NÃO UFPR	6 (25.00%)	4 (23.53%)
TOTAL	24 (100.00%)	17 (100.00%)

Pergunta 2: Planos para o Próximo Ano.

Se R1.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1	2	11.76	0	0.00	2	8.33
2	0	0.00	0	0.00	0	0.00
3	11	64.71	5	71.43	16	66.67
4	1	5.88	0	0.00	1	4.17
5	3	17.65	1	14.29	4	16.67
8	0	0.00	1	14.29	1	4.17
TOTAL	17	100.00	7	100.00	24	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%	TOTAL	%
1	2	11.11	0	0.00	2	8.33
2	0	0.00	0	0.00	0	0.00
3	11	61.11	5	83.33	16	66.67
4	1	5.56	0	0.00	1	4.17
5	3	16.67	1	16.67	4	16.67
8	1	5.56	0	0.00	1	4.17
TOTAL	18	100.00	6	100.00	24	100.00

Pergunta 3: Planos para o Próximo Ano.

Se R2.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1	0	0.00	1	10.00	1	5.56
2	8	100.00	9	90.00	17	94.44
3	0	0.00	0	0.00	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	8	100.00	10	100.00	18	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%	TOTAL	%
1	1	7.69	0	0.00	1	5.88
2	12	92.31	4	100.00	16	94.12
3	0	0.00	0	0.00	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	13	100.00	4	100.00	17	100.00

Pergunta 4: Influência da Medicina Ambulatorial na Escolha da Residência.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1	9	52.94	3	42.86	3	37.50	6	60.00
2	2	11.76	1	14.29	2	25.00	0	0.00
3	6	35.29	3	42.86	2	25.00	4	40.00
8	0	0.00	0	0.00	1	12.50	0	0.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1	8	44.44	4	66.67	7	53.85	1	25.00
2	3	16.67	0	0.00	1	7.69	1	25.00
3	7	38.89	2	33.33	5	38.46	1	25.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	25.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1	12	50.00	9	50.00	21	50.00
2	3	12.50	2	11.11	5	11.91
3	9	37.50	6	33.33	15	35.71
8	0	0.00	1	5.56	1	2.38
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Pergunta 5: Importância do Treinamento Ambulatorial.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00
3	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
4+5	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
6	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00
3	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
4+5	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
6	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	24	100.00	18	100.00	42	100.00
3	0	0.00	0	0.00	0	0.00
4+5	0	0.00	0	0.00	0	0.00
6	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Pergunta 6: Qualidade Atual do Treinamento.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	11	64.71	6	85.71	3	37.50	3	30.00
3	6	35.29	1	14.29	4	50.0	7	70.00
4+5	0	0.00	0	0.00	1	12.50	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	12	66.67	5	83.33	3	23.08	2	50.00
3	6	33.33	1	16.67	9	69.23	2	50.00
4+5	0	0.00	0	0.00	1	7.69	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	17	70.83	6	33.33	23	54.76
3	7	29.17	11	61.11	18	42.86
4+5	0	0.00	1	5.56	1	2.38
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Pergunta 7: Dificuldade de Aplicação de Conhecimentos Teóricos.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	3	17.65	1	14.29	2	25.00	2	20.00
3	13	76.47	6	85.71	5	62.50	8	80.00
4+5	1	5.88	0	0.00	1	12.50	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	2	11.11	2	33.33	2	15.38	1	25.00
3	15	83.33	4	66.67	10	76.92	3	75.00
4+5	1	5.56	0	0.00	1	7.69	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	4	16.67	4	22.22	8	19.05
3	19	79.17	13	72.22	32	76.19
4+5	1	4.17	1	5.56	2	4.76
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Pergunta 8: Importância dentro do Treinamento Ambulatorial.

Desenvolvimento de raciocínio clínico:

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00
3+4	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00
3+4	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	24	100.00	18	100.00	42	100.00
3+4	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Exploração de aspectos preventivos e de profilaxia.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	17	100.00	7	100.00	8	100.00	8	80.00
3+4	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	20.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	18	100.00	6	100.00	11	84.62	4	100.00
3+4	0	0.00	0	0.00	2	15.38	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	24	100.00	16	88.89	40	95.24
3+4	0	0.00	2	11.11	2	4.76
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Exploração de aspectos psico-sociais.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	16	94.12	6	85.71	5	62.50	9	90.00
3+4	1	5.88	1	14.29	3	37.50	1	10.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	16	88.89	6	100.00	10	76.92	3	75.00
3+4	2	11.11	0	0.00	3	23.08	1	25.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	22	91.67	14	77.78	36	85.71
3+4	2	8.33	4	22.22	6	14.29
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Produção científica.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	11	64.71	4	57.14	5	62.50	7	70.00
3+4	6	35.29	3	42.86	3	37.50	3	30.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	10	55.56	5	83.33	8	61.54	4	100.00
3+4	8	44.44	1	16.67	5	38.46	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	15	62.50	12	66.67	27	64.29
3+4	9	37.50	6	33.33	15	35.71
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Relação médico-paciente.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	16	94.12	7	100.00	8	100.00	10	100.00
3+4	1	5.88	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	17	94.44	6	100.00	13	100.00	4	100.00
3+4	1	5.56	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	23	95.83	18	100.00	41	97.62
3+4	1	4.17	0	0.00	1	2.38
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Solução do problema atual.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	15	88.24	7	100.00	8	100.00	9	90.00
3+4	2	11.76	0	0.00	0	0.00	1	10.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	16	88.89	6	100.00	12	92.31	4	100.00
3+4	2	11.11	0	0.00	1	7.69	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	22	91.67	17	94.44	39	92.86
3+4	2	8.33	1	5.56	3	7.14
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Treinamento em tratamento participativo.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	13	86.67	5	71.43	7	100.00	9	90.00
3+4	2	13.33	2	28.57	0	0.00	1	10.00
TOTAL	15	100.00	7	100.00	7	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	12	75.00	6	100.00	13	100.00	3	100.00
3+4	4	25.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	16	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	18	81.82	16	94.12	34	87.18
3+4	4	18.18	1	5.88	5	12.82
TOTAL	22	100.00	17	100.00	39	100.00

Pergunta 9: Habilidade Pessoal.

Exames de rotina:

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00
3+4	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00
3+4	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	24	100.00	18	100.00	42	100.00
3+4	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Prevenção de neoplasias.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	11	64.71	4	66.67	5	62.50	8	80.00
3+4	6	35.29	2	33.33	3	37.50	2	20.00
TOTAL	17	100.00	6	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	11	64.71	4	66.67	8	61.54	4	100.00
3+4	6	35.29	2	33.33	5	38.46	0	0.00
TOTAL	17	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	15	65.22	13	72.22	28	68.29
3+4	8	34.78	5	27.78	13	31.71
TOTAL	23	100.00	18	100.00	41	100.00

Vacinas para adultos.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	5	29.41	1	14.29	0	0.00	4	40.00
3+4	12	70.59	6	85.71	8	100.00	6	60.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	5	27.78	1	16.67	3	23.08	0	0.00
3+4	13	72.22	5	83.33	10	76.92	4	100.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	6	25.00	4	22.22	10	23.81
3+4	18	75.00	14	77.78	32	76.19
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Tabagismo.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	14	82.35	6	100.00	8	100.00	9	90.00
3+4	3	17.65	0	0.00	0	0.00	1	10.00
TOTAL	17	100.00	6	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	15	88.24	5	83.33	12	92.31	4	100.00
3+4	2	11.76	1	16.67	1	7.69	0	0.00
TOTAL	17	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	20	86.96	17	94.44	37	90.24
3+4	3	13.04	1	5.56	4	9.76
TOTAL	23	100.00	18	100.00	41	100.00

Uso de álcool.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	11	64.71	5	83.33	6	75.00	9	90.00
3+4	6	35.29	1	16.67	2	25.00	1	10.00
TOTAL	17	100.00	6	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	11	64.71	5	83.33	10	76.92	4	100.00
3+4	6	35.29	1	16.67	3	23.08	0	0.00
TOTAL	17	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	16	69.57	15	83.33	31	75.61
3+4	7	30.43	3	16.67	10	24.39
TOTAL	23	100.00	18	100.00	41	100.00

Uso de drogas.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	7	43.75	5	71.43	6	75.00	6	60.00
3+4	9	56.25	2	28.57	2	25.00	4	40.00
TOTAL	16	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	9	50.00	3	60.00	7	53.85	4	100.00
3+4	9	50.00	2	40.00	6	46.15	0	0.00
TOTAL	18	100.00	5	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	12	52.17	12	66.67	24	58.54
3+4	11	47.83	6	33.33	17	41.46
TOTAL	23	100.00	18	100.00	41	100.00

Fatores de risco para SIDA.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	14	82.35	4	66.67	7	87.50	7	70.00
3+4	3	17.65	2	33.33	1	12.50	3	30.00
TOTAL	17	100.00	6	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	15	88.24	3	50.00	9	69.23	4	100.00
3+4	2	11.76	3	50.00	4	30.77	0	0.00
TOTAL	17	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	18	78.26	14	77.78	32	78.05
3+4	5	21.74	4	22.22	9	21.95
TOTAL	23	100.00	18	100.00	41	100.00

Questões psico-sociais.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	8	47.06	6	85.71	5	62.50	9	90.00
3+4	9	52.94	1	14.29	3	37.50	1	10.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	11	61.11	3	50.00	9	69.23	4	100.00
3+4	7	38.89	3	50.00	4	30.77	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	14	58.33	14	77.78	28	66.67
3+4	10	41.67	4	22.22	14	33.33
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Tratamento participativo.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	10	66.67	4	66.67	7	87.50	9	90.00
3+4	5	33.33	2	33.33	1	12.50	1	10.00
TOTAL	15	100.00	6	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	10	66.67	4	66.67	12	92.31	4	100.00
3+4	5	33.33	2	33.33	1	7.69	0	0.00
TOTAL	15	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	14	66.67	16	88.89	30	76.92
3+4	7	33.33	2	11.11	9	23.08
TOTAL	21	100.00	17	100.00	39	100.00

Nomes comerciais de medicações.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	9	52.94	2	28.57	6	75.00	7	70.00
3+4	8	47.06	5	71.43	2	25.00	3	30.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	7	38.89	4	66.67	9	69.23	4	100.00
3+4	11	61.11	2	33.33	4	30.77	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	11	45.83	13	72.22	24	57.14
3+4	13	54.17	5	27.78	18	42.86
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Pergunta 10: Uso de Protocolos.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	10	58.82	5	71.43	7	87.50	8	80.00
3	3	17.65	1	14.29	0	0.00	0	0.00
4+5	4	23.53	1	14.29	0	0.00	2	20.00
8	0	0.00	0	0.00	1	12.50	0	0.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	10	55.56	5	83.33	12	92.31	3	75.00
3	3	16.67	1	16.67	0	0.00	0	0.00
4+5	5	27.78	0	0.00	1	7.69	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	25.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	15	62.50	15	83.33	30	71.43
3	4	16.67	0	0.00	4	9.52
4+5	5	20.83	2	11.11	7	16.67
8	0	0.00	1	5.56	1	2.38
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Pergunta 11: Tempo de Consulta.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2+3	8	47.06	0	0.00	3	37.50	1	10.00
4+5+6	9	52.94	7	100.00	5	62.50	9	90.00
7	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2+3	5	27.78	3	50.00	3	23.08	1	25.00
4+5+6	13	72.22	3	50.00	10	76.92	3	75.00
7	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2+3	8	33.33	4	22.22	12	28.57
4+5+6	16	66.67	14	77.78	30	71.43
7	0	0.00	0	0.00	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Pergunta 12: Treinamento em Relação Médico-Paciente.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1	5	33.33	2	28.57	3	37.50	2	20
2	8	53.33	5	71.43	4	50.00	8	80
3	1	6.67	0	0	0	0.00	0	0
4	1	6.67	0	0	0	0.00	0	0
5	0	0.00	0	0	1	12.50	0	0
TOTAL	15	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1	4	25.00	3	50.00	3	23.08	1	25.00
2	10	62.50	3	50.00	10	76.92	2	50.00
3	1	6.25	0	0.00	0	0.00	0	0.00
4	1	6.25	0	0.00	0	0.00	0	0.00
5	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	25.00
TOTAL	16	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1	7	31.82	5	27.78	12	30.00
2	13	59.09	12	66.67	25	62.50
3	1	4.55	0	0.00	1	2.50
4	1	4.55	0	0.00	1	2.50
5	0	0.00	1	5.56	1	2.50
TOTAL	22	100.00	18	100.00	40	100.00

Pergunta 13: Formação do Supervisor.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
2	6	35.29	5	71.43	3	37.50	3	30.00
3	2	11.76	0	0.00	0	0.00	0	0.00
4	9	52.94	2	28.57	5	62.50	7	70.00
5	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
2	10	55.56	1	16.67	3	23.08	3	75.00
3	1	5.56	1	16.67	0	0.00	0	0.00
4	7	38.89	4	66.67	10	76.92	1	25.00
5	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1	0	0.00	0	0.00	0	0.00
2	11	45.83	6	33.33	17	40.48
3	2	8.33	0	0.00	2	4.76
4	11	45.83	12	66.67	23	54.76
5	0	0.00	0	0.00	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Pergunta 14: Intensidade de Participação do Supervisor.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1	4	23.53	4	57.14	3	37.50	4	40.00
2	10	58.82	3	42.86	4	50.00	6	60.00
3	1	5.88	0	0.00	1	12.50	0	0.00
4	1	5.88	0	0.00	0	0.00	0	0.00
8	1	5.88	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1	4	22.22	4	66.67	5	38.46	2	50.00
2	11	61.11	2	33.33	7	53.85	2	50.00
3	1	5.56	0	0.00	1	7.69	0	0.00
4	1	5.56	0	0.00	0	0.00	0	0.00
8	1	5.56	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1	8	33.33	7	38.89	15	35.71
2	13	54.17	10	55.56	23	54.76
3	1	4.17	1	5.56	2	4.76
4	1	4.17	0	0.00	1	2.38
8	1	4.17	0	0.00	1	2.38
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Pergunta 15: Satisfação Pessoal.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	9	52.94	3	42.86	4	50.00	5	50.00
3	8	47.06	3	42.86	1	12.50	5	50.00
4+5	0	0.00	1	14.29	2	25.00	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	1	12.50	0	0.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	7	38.89	5	83.33	5	38.46	3	75.00
3	10	55.56	1	16.67	6	46.15	0	0.00
4+5	1	5.56	0	0.00	1	7.69	1	25.00
8	0	0.00	0	0.00	1	7.69	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	12	50.00	9	50.00	21	50.00
3	11	45.83	6	33.33	17	40.48
4+5	1	4.17	2	11.11	3	7.14
8	0	0.00	1	5.56	1	2.38
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Pergunta 16: Qualidade de Treinamento nos Diversos Setores.

Atividades teóricas.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	1	5.88	1	14.29	4	50.00	5	50.00
3	7	41.18	4	57.14	4	50.00	5	50.00
4+5	9	52.94	2	28.57	0	0.00	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	2	11.11	0	0.00	5	38.46	3	75.00
3	8	44.44	3	50.00	8	61.54	1	25.00
4+5	8	44.44	3	50.00	0	0.00	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	2	8.33	9	50.00	11	26.19
3	11	45.83	9	50.00	20	47.62
4+5	11	45.83	0	0.00	11	26.19
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Ambulatórios.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	5	29.41	5	71.43	3	37.50	2	20.00
3	11	64.71	2	28.57	4	50.00	8	80.00
4+5	1	5.88	0	0.00	1	12.50	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	6	33.33	4	66.67	3	23.08	2	50.00
3	11	61.11	2	33.33	9	69.23	2	50.00
4+5	1	5.56	0	0.00	1	7.69	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	10	41.67	5	27.78	15	35.71
3	13	54.17	12	66.67	25	59.52
4+5	1	4.17	1	5.56	2	4.76
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Emergência/PA.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	8	50.00	6	85.71	6	75.00	6	60.00
3	4	25.00	1	14.28	2	25.00	2	20.00
4+5	4	25.00	0	0.00	0	0.00	2	20.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	16	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	11	64.71	3	50.00	9	69.23	3	75.00
3	4	23.53	1	16.67	3	23.08	0	0.00
4+5	2	11.76	2	33.33	1	7.69	1	25.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	17	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	14	60.87	12	66.67	26	63.41
3	5	21.74	4	22.22	9	21.95
4+5	4	17.39	2	11.11	6	14.63
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	23	100.00	18	100.00	41	100.00

Enfermarias.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	7	41.18	2	28.57	6	75.00	9	90.00
3	9	52.94	5	71.43	2	25.00	1	10.00
4+5	1	5.88	0	0.00	0	0.00	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	6	33.33	3	50.00	11	84.62	3	75.00
3	11	61.11	3	50.00	2	15.38	1	25.00
4+5	1	5.56	0	0.00	0	0.00	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	9	37.50	15	83.33	24	57.14
3	14	58.33	3	16.67	17	40.48
4+5	1	4.17	0	0.00	1	2.38
8	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Pergunta 17: Importância Relativa.

Ambulatórios:

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1	1	5.88	0	0.00	2	25.00	0	0.00
2	6	35.29	2	28.57	2	25.00	4	40.00
3	7	41.18	5	71.43	3	37.50	5	50.00
4	3	17.65	0	0.00	1	12.50	1	10.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1	1	5.56	0	0.00	2	15.38	0	0.00
2	6	33.33	2	33.33	2	15.38	3	75.00
3	10	55.56	2	33.33	7	53.85	1	25.00
4	1	5.56	2	33.33	2	15.38	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1	1	4.17	2	11.11	3	7.14
2	8	33.33	6	33.33	14	33.33
3	12	50.00	8	44.44	20	47.62
4	3	12.50	2	11.11	5	11.90
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Atividades teóricas.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1	5	29.41	0	0.00	1	12.50	0	0.00
2	2	11.76	0	0.00	1	12.50	3	30.00
3	1	5.88	1	14.29	1	12.50	2	20.00
4	9	52.94	6	85.71	5	62.50	5	50.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1	2	11.11	3	50.00	1	7.69	0	0.00
2	2	11.11	0	0.00	4	30.77	0	0.00
3	2	11.11	0	0.00	2	15.38	0	0.00
4	12	66.67	3	50.00	6	46.15	4	100.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1	5	20.83	1	5.56	6	14.29
2	2	8.33	4	22.22	6	14.29
3	2	8.33	3	16.67	5	11.90
4	15	62.50	10	55.56	25	59.52
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Emergência/PA.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1	9	52.94	7	100.00	5	62.50	5	50.00
2	5	29.41	0	0.00	3	37.50	1	10.00
3	2	11.76	0	0.00	0	0.00	3	30.00
4	1	5.88	0	0.00	0	0.00	1	10.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1	15	83.33	1	16.67	6	46.15	3	75.00
2	3	16.67	2	33.33	4	30.77	0	0.00
3	0	0.00	2	33.33	2	15.38	1	25.00
4	0	0.00	1	16.67	1	7.69	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1	16	66.67	10	55.56	26	61.90
2	5	20.83	4	22.22	9	21.43
3	2	8.33	3	16.67	5	11.90
4	1	4.17	1	5.56	2	4.76
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Enfermarias.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1	2	11.76	0	0.00	0	0.00	5	50.00
2	4	23.53	5	71.43	2	25.00	2	20.00
3	7	41.18	1	14.29	4	50.00	0	0.00
4	4	23.53	1	14.29	2	25.00	3	30.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1	0	0.00	2	33.33	4	30.77	1	25.00
2	7	38.89	2	33.33	3	23.08	1	25.00
3	6	33.33	2	33.33	2	15.38	2	50.00
4	5	27.78	0	0.00	4	30.77	0	0.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1	2	8.33	5	27.78	7	16.67
2	9	37.50	4	22.22	13	30.95
3	8	33.33	4	22.22	12	28.57
4	5	20.83	5	27.78	10	23.81
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Pergunta 18: Representatividade.

Tipo de população.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	10	58.82	6	85.71	5	62.50	6	60.00
3+4	7	41.18	1	14.29	3	37.50	4	40.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	11	61.11	5	83.33	8	61.54	3	75.00
3+4	7	38.89	1	16.67	5	38.46	1	25.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	16	66.67	11	61.11	27	64.29
3+4	8	33.33	7	38.89	15	35.71
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Tipo de patologias.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	11	64.71	3	42.86	6	75.00	8	88.89
3+4	6	35.29	4	57.14	2	25.00	1	11.11
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	9	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	9	50.00	5	83.33	11	84.62	3	75.00
3+4	9	50.00	1	16.67	2	15.38	1	25.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	14	58.33	14	82.35	28	68.29
3+4	10	41.67	3	17.65	13	31.71
TOTAL	24	100.00	17	100.00	41	100.00

Tempo com pacientes internados X ambulatoriais.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	5	29.41	2	28.57	4	50.00	5	55.56
3+4	12	70.59	5	71.43	4	50.00	4	44.44
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	9	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	5	27.78	2	33.33	8	61.54	1	25.00
3+4	13	72.22	4	66.67	5	38.46	3	75.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	7	29.17	9	52.94	16	39.02
3+4	17	70.83	8	47.06	25	60.98
TOTAL	24	100.00	17	100.00	41	100.00

Possibilidades diagnósticas.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	8	47.06	2	28.57	4	50.00	6	60.00
3+4	9	52.94	5	71.43	4	50.00	4	40.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	6	33.33	4	66.67	8	61.54	2	50.00
3+4	12	66.67	2	33.33	5	38.46	2	50.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	10	41.67	10	55.56	20	47.62
3+4	14	58.33	8	44.44	22	52.38
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Possibilidades terapêuticas.

RESP	R1				R2			
	M	%	F	%	M	%	F	%
1+2	10	58.82	3	42.86	6	75.00	7	70.00
3+4	7	41.18	4	57.14	2	25.00	3	30.00
TOTAL	17	100.00	7	100.00	8	100.00	10	100.00

RESP	R1				R2			
	UFPR	%	NÃO UFPR	%	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	8	44.44	5	83.33	10	76.92	3	75.00
3+4	10	55.56	1	16.67	3	23.08	1	25.00
TOTAL	18	100.00	6	100.00	13	100.00	4	100.00

RESP	R1	%	R2	%	TOTAL	%
1+2	13	54.17	13	72.22	26	61.90
3+4	11	45.83	5	27.78	16	38.10
TOTAL	24	100.00	18	100.00	42	100.00

Pergunta 19: Maior Grau de Satisfação com o Ambulatório do Segundo Ano.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
SIM	7	87.50	10	100.00	17	94.44
NÃO	1	12.50	0	0.00	1	5.56
TOTAL	8	100.00	10	100.00	18	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%
SIM	13	100.00	3	75.00
NÃO	0	0.00	1	25.00
TOTAL	13	100.00	4	100.00

Pergunta 20: Motivos.

Maior conhecimento teórico por parte do residente.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1+2	7	100.00	10	100.00	17	100.00
3	0	0.00	0	0.00	0	0.00
4+5	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	7	100.00	10	100.00	17	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	13	100.00	3	100.00
3	0	0.00	0	0.00
4+5	0	0.00	0	0.00
TOTAL	13	100.00	3	100.00

Melhor supervisão.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1+2	0	0.00	1	11.11	1	6.25
3	4	57.14	7	77.78	11	68.75
4+5	3	42.86	1	11.11	4	25.00
TOTAL	7	100.00	9	100.00	16	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	1	8.33	0	0.00
3	7	58.33	3	100.00
4+5	4	33.33	0	0.00
TOTAL	12	100.00	3	100.00

Melhor grau de interação com o supervisor.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1+2	3	42.86	8	80.00	11	64.71
3	3	42.86	2	20.00	5	29.41
4+5	1	14.29	0	0.00	1	5.88
TOTAL	7	100.00	10	100.00	17	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	9	69.23	2	66.67
3	3	23.08	1	33.33
4+5	1	7.69	0	0.00
TOTAL	13	100.00	3	100.00

Melhor população de pacientes.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1+2	1	14.29	1	10.00	2	11.76
3	3	42.86	2	20.00	5	29.41
4+5	3	42.86	7	70.00	10	58.82
TOTAL	7	100.00	10	100.00	17	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	2	15.38	0	0.00
3	3	23.08	2	66.67
4+5	8	61.54	1	33.33
TOTAL	13	100.00	3	100.00

Maior segurança na história clínica e no exame físico.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1+2	7	100.00	9	90.00	16	94.12
3	0	0.00	1	10.00	1	5.88
4+5	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	7	100.00	10	100.00	17	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	12	92.31	3	100.00
3	1	7.69	0	0.00
4+5	0	0.00	0	0.00
TOTAL	13	100.00	3	100.00

Melhor relação médico paciente.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1+2	4	57.14	7	70.00	11	64.71
3	3	42.86	2	20.00	5	29.41
4+5	0	0.00	1	10.00	1	5.88
TOTAL	7	100.00	10	100.00	17	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	7	53.85	3	100.00
3	5	38.46	0	0.00
4+5	1	7.69	0	0.00
TOTAL	13	100.00	3	100.00

O fato do ambulatório ser semanal ao invés de "blocos" mensais.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1+2	4	57.14	10	100.00	14	82.35
3	2	28.57	0	0.00	2	11.76
4+5	1	14.29	0	0.00	1	5.88
TOTAL	7	100.00	10	100.00	17	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	11	84.62	2	66.67
3	1	7.69	1	33.33
4+5	1	7.69	0	0.00
TOTAL	13	100.00	3	100.00

Maior habilidade em acessar questões psico-sociais do paciente.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1+2	3	42.86	8	80.00	11	64.71
3	3	42.86	2	20.00	5	29.41
4+5	1	14.29	0	0.00	1	5.88
TOTAL	7	100.00	10	100.00	17	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	7	53.85	3	100.00
3	5	38.46	0	0.00
4+5	1	7.69	0	0.00
TOTAL	13	100.00	3	100.00

Maior habilidade em acessar aspectos preventivos e de profilaxia.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1+2	3	42.86	8	80.00	11	64.71
3	3	42.86	1	10.00	4	23.53
4+5	1	14.29	1	10.00	2	11.76
TOTAL	7	100.00	10	100.00	17	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	8	61.54	3	100.00
3	3	23.08	0	0.00
4+5	2	15.38	0	0.00
TOTAL	13	100.00	3	100.00

Maior responsabilidade para com o paciente.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1+2	2	28.57	4	40.00	6	35.29
3	3	42.86	4	40.00	7	41.18
4+5	2	28.57	2	20.00	4	23.53
TOTAL	7	100.00	10	100.00	17	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	5	38.46	1	33.33
3	5	38.46	1	33.33
4+5	3	23.08	1	33.33
TOTAL	13	100.00	3	100.00

Menor número de pacientes.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1+2	4	57.14	4	40.00	8	47.06
3	2	28.57	1	10.00	3	17.65
4+5	1	14.29	5	50.00	6	35.29
TOTAL	7	100.00	10	100.00	17	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	7	53.85	1	33.33
3	1	7.69	2	66.67
4+5	5	38.46	0	0.00
TOTAL	13	100.00	3	100.00

Maior possibilidade de rever pacientes.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1+2	5	71.43	7	70.00	12	70.59
3	1	14.29	2	20.00	3	17.65
4+5	1	14.29	1	10.00	2	11.76
TOTAL	7	100.00	10	100.00	17	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	11	84.62	1	33.33
3	1	7.69	2	0.00
4+5	1	7.69	0	66.67
TOTAL	13	100.00	3	100.00

Pergunta 21: Maior Grau de Satisfação com o Ambulatório de Sub-especialidades.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1	7	87.50	8	80.00	15	83.33
2	0	0.00	2	20.00	2	11.11
3	0	0.00	0	0.00	0	0.00
8	1	12.50	0	0.00	1	5.56
TOTAL	8	100.00	10	100.00	18	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1	11	84.62	3	75.00
2	2	15.38	0	0.00
3	0	0.00	0	0.00
8	0	0.00	1	25.00
TOTAL	13	100.00	4	100.00

Pergunta 22: Motivos.

Melhor preparo dos supervisores.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1+2	3	42.86	5	62.50	8	53.33
3	2	28.57	3	37.50	5	33.33
4+5	2	28.57	0	0.00	2	13.33
TOTAL	7	100.00	8	100.00	15	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	6	54.55	2	75.00
3	3	27.27	1	25.00
4+5	2	18.18	0	0.00
TOTAL	11	100.00	3	100.00

Atenção dirigida a um órgão ou sistema.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1+2	4	57.14	6	75.00	10	66.67
3	1	14.29	0	0.00	1	6.67
4+5	2	28.57	2	25.00	4	26.67
TOTAL	7	100.00	8	100.00	15	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	8	72.73	2	66.67
3	0	0.00	1	33.33
4+5	3	27.27	0	0.00
TOTAL	11	100.00	3	100.00

Uso de protocolos pré-estabelecidos.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1+2	4	57.14	2	25.00	6	40.00
3	1	14.29	3	37.50	4	26.67
4+5	2	28.57	3	37.50	5	33.33
TOTAL	7	100.00	8	100.00	15	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	5	45.45	1	33.33
3	3	27.27	1	33.33
4+5	3	27.27	1	33.33
TOTAL	11	100.00	3	100.00

Menor população de pacientes.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1+2	4	57.14	5	62.50	9	60.00
3	1	14.29	1	12.50	2	13.33
4+5	2	28.57	2	25.00	4	26.67
TOTAL	7	100.00	8	100.00	15	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	7	63.64	2	66.67
3	1	9.09	0	0.00
4+5	3	27.27	1	33.33
TOTAL	11	100.00	3	100.00

Interesse pessoal em determinada especialidade.

RESP	M	%	F	%	TOTAL	%
1+2	3	42.86	4	50.00	7	46.67
3	4	57.14	2	25.00	6	40.00
4+5	0	0.00	2	25.00	2	13.33
TOTAL	7	100.00	8	100.00	15	100.00

RESP	UFPR	%	NÃO UFPR	%
1+2	7	63.64	0	0.00
3	2	18.18	3	100.00
4+5	2	18.18	0	0.00
TOTAL	11	100.00	3	100.00

ANEXO 3

AMBULATÓRIO DE CLÍNICA MÉDICA FICHA DE AVALIAÇÃO DO RESIDENTE
--

NOME: _____ DATA: _____

Item	Nota	Comentários
Coleta de Informações (história e exame físico)		
Habilidades manuais (manobras, procedimentos)		
Conhecimento teórico		
Resolução de problemas (identificar prioridades, gerar hipóteses)		
Habilidade em tomada de decisões (decisões em relação ao diagnóstico e tratamento)		
Atitude em relação ao paciente (considerar o paciente como um todo, considerando aspectos sociais e psicológicos)		
Responsabilidade profissional (integridade, confiabilidade, iniciativa, independência)		
Trabalho em grupo (relacionamento com supervisor, colegas e funcionários)		
Habilidade em auto-aprendizado (reconhecer fraquezas, elaborar estratégias e alcançar objetivos)		
Avaliação geral (competência como médico)		

RESUMO:

Pontos Positivos	Pontos Negativos

Comentários:

Assinatura do supervisor: _____ Assinatura do residente: _____

ANEXO 4

AMBULATÓRIO DE CLÍNICA MÉDICA FICHA DE AVALIAÇÃO DO SUPERVISOR

Nome do supervisor: _____ Data: _____

Níveis	Concordo 5	4	3	2	Discordo 1
Qualidades individuais					
Entusiasta					
Acessível					
Confiável					
Atencioso					
Organizado					
Interessado no residente como pessoa					
Habilidades de ensino					
Adaptável					
Usa uma variedade de estratégias					
Diz as respostas diretamente					
Divide a responsabilidade do aprendizado					
Promove auto-confiança					
Ensina auto-avaliação					
Fornecer exemplos					
Estimula o residente a ir além do esperado					
Focado no plano de objetivos individuais					
Usa questionamentos					
Ambiente de ensino					
Serve de modelo					
Fornecer a oportunidade de aplicar novos conhecimentos					
Cuida do ambiente físico					
Interage como colega					

Comentários: _____
